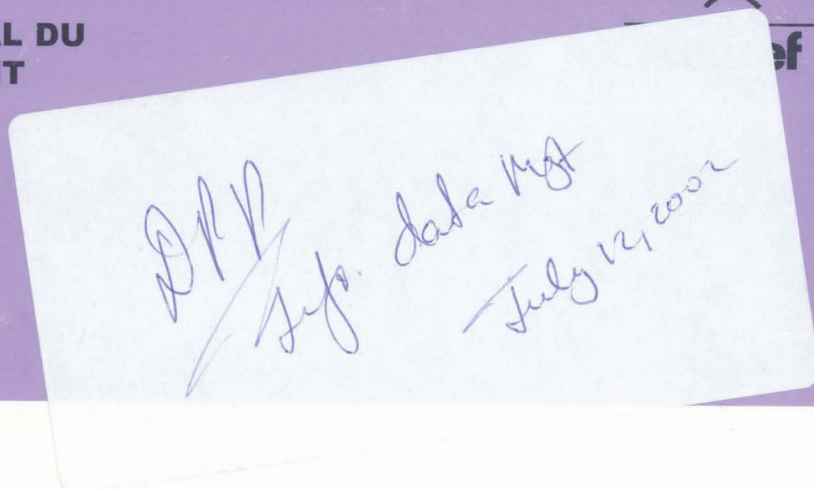


REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

MINISTÈRE DU PLAN ET DE LA
COOPERATION INTERNATIONALE

DIVISION DES STATISTIQUES
ET DES ETUDES ECONOMIQUES

**BUREAU CENTRAL DU
RECENSEMENT**



ENQUETE A INDICATEURS MULTIPLES - MICS 2000

Rapport Final



Bangui, Avril 2001

REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

**MINISTÈRE DU PLAN ET DE LA
COOPERATION INTERNATIONALE**

**DIVISION DES STATISTIQUES
ET DES ETUDES ECONOMIQUES**

**BUREAU CENTRAL DU
RECENSEMENT**



unicef

**ENQUETE A INDICATEURS
MULTIPLES - MICS 2000**

Rapport Final



Bangui, Avril 2001

© UNICEF, 2001

Published by BBA Editions
BP 2347, Bangui
République Centrafricaine
E-mail: bba_editions@caramail.com
UK Representation:
5 Lynn Road, Ely, Cambs CB7 4EG

Printed in England

ISBN 1 9021 4618 2

PREFACE

En septembre 1990, 185 Chefs d'Etat et de Gouvernement se sont réunis à New York lors du Sommet Mondial pour les Enfants à l'issue duquel ils ont signé une déclaration et un plan d'action mondial en faveur des enfants assorti de 27 objectifs mondiaux visant à la survie, au développement, à la protection et à la participation des enfants à l'horizon 2000. Ils se sont engagés à suivre les progrès réalisés pour atteindre les buts et les objectifs fixés pour l'an 2000.

A la fin de la décennie, le Secrétaire Général des Nations Unies dans sa lettre du 14 janvier 2000, a demandé à chaque pays de procéder à l'évaluation des progrès accomplis vers l'atteinte des objectifs fixés il y a 10 ans. La synthèse de la situation des enfants dans le monde sera présentée par le Secrétaire Général à l'Assemblée Générale des Nations Unies qui consacrera une session spéciale sur les enfants en septembre 2001 à New York afin de faire le bilan des actions menées et arrêter à la lumière des résultats obtenus, les objectifs et les perspectives d'actions futures.

Le Gouvernement Centrafricain a ainsi honoré ses engagements en réalisant l'enquête nationale MICS qui constitue un outil scientifique solide permettant d'apprécier de façon objective les progrès réalisés par la République Centrafricaine vers l'atteinte des objectifs du sommet mondial pour les enfants. Cette opération fait partie de la deuxième série du programme mondial des enquêtes MICS conçu et réalisé en concertation avec les agences des Nations Unies (UNICEF, OMS, FNUAP, PNUD, FAO, et UNESCO) avec l'appui technique de l'institut américain Macro International responsable des Enquêtes Démographiques et de Santé. L'enquête nationale MICS 2000 réalisée de façon méthodique et portant sur un échantillon largement représentatif, permet de disposer des informations fiables pour la micro-planification et la mise en oeuvre de la politique nationale de décentralisation et régionalisation. Ces résultats constituent de précieuses bases pour les actions ciblées de lutte contre la pauvreté visant la valorisation du capital humain comme gage d'un développement économique et social durable.

L'enquête MICS 2000 a la particularité de fournir pour la première fois des indicateurs sur la santé, la nutrition, le VIH/SIDA, la contraception, l'eau et assainissement, l'éducation et alphabétisation, la mortalité des enfants, la protection des enfants et des femmes par région administrative créée par la Loi N° 96.013 du 13 janvier 1996 et par préfecture. De même, les données concernant l'éducation de base sont disponibles par inspection académique. Les résultats de l'enquête MICS 2000 permettent ainsi de connaître le niveau de la mortalité des enfants cinq ans après l'Enquête Démographique et de Santé de 1994/95 ainsi que d'autres indicateurs sociaux pertinents concernant la survie, le développement, la protection et la participation des enfants et des femmes en République Centrafricaine.

La publication effective de ce rapport 4 mois après les travaux de terrain, est le fruit du ferme engagement du Gouvernement, de la mobilisation de plusieurs cadres du Ministère du Plan, des autres Ministères sectoriels et des partenaires dans le cadre du Comité de Pilotage intersectoriel de l'enquête MICS 2000 et de la détermination des cadres et agents du Bureau Central du Recensement avec l'appui technique de l'UNICEF. Le Gouvernement tient à leur adresser ses félicitations et ses vifs remerciements pour le défi relevé à travers l'obtention dans un bref délai des résultats de cette lourde opération en dépit du contexte national très difficile en l'an 2000.

Le Gouvernement exprime sa profonde gratitude et sa vive reconnaissance à l'UNICEF pour le précieux concours technique, financier et matériel ayant permis de surmonter les multiples obstacles en vue de la réussite de cette importante enquête. Le Gouvernement salue l'esprit de partenariat

exemplaire avec le PNUD, le FNUAP et PUNICEF qui a fortement contribué à la réalisation effective de l'enquête MICS en RCA.

Le Gouvernement exhorte l'ensemble des acteurs de lutte contre la pauvreté ainsi que les partenaires dans la promotion et la protection des droits de l'enfant et de la femme aux niveaux communautaire, périphérique, régional et central, à faire usage de ces données pour la mise en oeuvre des actions éclairées en vue de l'amélioration du bien être de la population centrafricaine et particulièrement celui des enfants et des femmes.

Les résultats obtenus révèlent une détérioration de la situation des enfants et des femmes en République Centrafricaine au cours des cinq dernières années suite aux douloureux événements politico-militaires de 1996/97, l'expansion de la pandémie du VIH/SIDA et la généralisation de la pauvreté monétaire des ménages. C'est pourquoi, le Gouvernement compte sur la solidarité internationale pour relever ces gros défis qui menacent la survie de la Nation Centrafricaine.

Le Représentant
de PUNICEF en Centrafrique



Le Ministre Délégué au Plan
de la Coopération Internationale



EQUIPE DE SUPERVISION / COORDINATION / ANALYSE DES DONNEES

Supervision :	M. Jacob MBAITADJIM, Ancien Ministre du Plan M. Aboudou Karimou ADJIBADE, Représentant de l'UNICEF
Président du Comité de Pilotage :	M. Clément EREGANI, Ancien Chargé de Mission- Coordonnateur du Ministère de l'Economie, du Plan et de la Coopération Internationale
Coordination/Appui technique :	M. Robert NDAMOBISSI, Chargé de Programme Suivi- Evaluation UNICEF
Direction Nationale :	M. Martin KONGBO, Chargé de Mission Division des Statistiques et des Etudes Economiques
Direction Technique :	M. Philippe ZEMINGUI, Directeur Technique du BCR
Conception & Suivi :	Félix MOLOUA, Point Focal de MICS 2000 Nick Lasset BIKOO, Ex Directeur Technique du BCR Faustin PIAMALE Jean Louis POUNINGUINZA Edwige NGUELEBE
Contributions :	Paulette NICHOLS, Coordonnatrice de Programme UNICEF Docteur Karim ANDELE, Chargé de Programme Santé/Nutrition Sophie NDANGUERE, Chargée de Programme Education Docteur Peters CUPPEN, Chargé de Programme SIDA Docteur Eugène KPIZINGUI, Chargé de Projet Nutrition Marius BOKPAKA, Chargé de Programme Info/Com
Analystes/rédacteurs des 11 chapitres :	Docteur Emmanuel KITEZE : Chapitres 7 et 9 Félix MOLOUA : Chapitres 1, 2 et 5 Faustin PIAMALE : Chapitres 4 et 9 Alfred SABENDO : Chapitres 3 et 8 Thierry KANDA : Chapitre 10 MALENDELE : Chapitre 5 NGAYE KOESSE : Chapitre 5 Philippe ZEMINGUI : Chapitre 5 Docteur Eugène KPIZINGUI : Chapitre 6 Robert NDAMOBISSI : Chapitre 11
Traitement informatique :	Alexis GUENENGAFO Faustin PIAMALE
Lecture finale du Rapport :	Léon Gabriel BANGO, Président du Comité de Coordination de la Lutte contre la Pauvreté
Secrétariat/édition rapport :	Yvonne YAPIERRE Germaine TOMORO Emilienne KOYINA

TABLE DES MATIERES

Pages

PREFACE.....	III
LISTE DES TABLEAUX.....	VII
LISTE DES GRAPHIQUES.....	XIX
LISTE DES CARTES PAR PREFECTURE.....	XXI
SIGLE/ABREVIATIONS.....	XXII
RAPPORT RESUME.....	XXIII
PRINCIPAUX INDICATEURS.....	XXVII
CARTOGRAPHIE DES PRINCIPAUX RESULTATS.....	XXIX
CHAPITRE 1 : CARACTERISTIQUES DU PAYS ET ORGANISATION DE L'ENQUETE.....	1
1.1 CARACTERISTIQUES DU PAYS	1
1.1.1 Situation géographique.....	1
1.1.2 Organisation institutionnelle et administrative.....	1
1.1.3 Contexte macro-économique et financier.....	2
1.1.4 Caractéristiques démographiques et culturelles.....	4
1.2 ORGANISATION DE L'ENQUÊTE	5
1.2.1 Objectifs de l'enquête.....	5
1.2.2 Cadre institutionnel.....	5
1.2.3 Rappel des objectifs du sommet mondial de 1990.....	6
1.2.4 Population cible de l'enquête.....	7
1.2.5 Plan de sondage.....	8
1.2.6 Questionnaires.....	8
1.2.7 Prélèvement d'urine.....	9
1.2.8 Déroulement de l'enquête.....	9
1.2.9 Exploitation et analyse des données.....	10
1.3 PRESENTATION DE L'ECHANTILLON ET EVALUATION DES DONNEES	11
1.3.1 Présentation de la taille finale de l'échantillon.....	11
1.3.2 Evaluation de la représentativité de l'échantillon.....	13
1.3.3 Evaluation de la qualité des données.....	15
CONCLUSION	18
CHAPITRE 2 : CARACTERISTIQUES DES MENAGES ET DES LOGEMENTS.....	19
2.1 CARACTERISTIQUES DES MENAGES	19
2.1.1 Taille moyenne des ménages.....	19
2.1.2 Répartition des chefs de ménages.....	21
2.1.3 Tendance des pourcentages de chefs de ménage.....	21
2.1.4 Structure par âge de la population.....	22
2.1.5 Caractéristiques de la population selon l'état matrimonial.....	24
2.2 CARACTERISTIQUES DES LOGEMENTS	26
2.2.1 Nombre de pièces des logements.....	26
2.2.2 Matériaux du plancher du logement.....	28
2.2.3 Matériaux du mur des logements.....	29
2.2.4 Matériaux du toit.....	31
2.3 EQUIPEMENTS ET BIENS POSSDES PAR LES MENAGES	33
2.3.2 Mode d'éclairage.....	34
2.3.3. Source d'énergie de cuisson des ménages.....	35

CHAPITRE 3 : MORTALITE DES ENFANTS.....	39
3.1 MORTALITE INFANTO-JUVENILE	39
3.2 MORTALITE INFANTILE	41
3.3 MORTALITE JUVENILE	43
3.4 EVOLUTION DE LA MORTALITE DES ENFANTS	44
CONCLUSION	46
CHAPITRE 4 : EDUCATION	47
4.1 EDUCATION PRESCOLAIRE	47
4.2 EDUCATION DE BASE	49
4.2.1 Taux Brut de Scolarisation au primaire	49
4.2.2 Taux Net de Scolarisation au primaire	50
4.2.3 Evolution du TNS au primaire par région sanitaire de 1996 à 2000.....	53
4.2.4 Entrée précoce au primaire.....	54
4.3 MAINTENANCE DANS LE SYSTEME	54
4.3.1 Elèves qui atteignent la 6 ^{ème} année du primaire.....	55
4.3.2 Les abandons scolaires.....	57
4.4 EDUCATION AU NIVEAU SECONDAIRE	58
4.5 NIVEAU D'INSTRUCTION DE LA POPULATION DES MENAGES	60
4.5.1 Population âgée de 5 ans ou plus.....	60
4.5.2 Enfants de 5-17 ans n'ayant jamais été à l'école.....	61
4.6 ALPHABETISATION	63
4.7 ACCESSIBILITE DES MENAGES AUX INFRASTRUCTURES SCOLAIRES	66
CONCLUSION	67
CHAPITRE 5 : EAU ET ASSAINISSEMENT.....	69
5.1 ACCESSIBILITE A L'EAU DE BOISSON SALUBRE	71
5.1.1 Population qui utilise une source d'eau de boisson salubre.....	71
5.1.2 Distance parcourue pour l'approvisionnement en eau de boisson salubre	72
5.1.3 Temps mis aller-retour pour l'approvisionnement en eau de boisson salubre	74
5.1.4 Pérennité des sources d'approvisionnement en eau de boisson salubre.....	75
5.2 ACCES A L'EAU DE BOISSON POTABLE	76
5.2.1 Population qui utilise une source d'eau de boisson potable.....	76
5.2.2 Taux d'accessibilité à l'eau de boisson potable (moins de 500 m).....	79
5.2.3 Taux de couverture en eau potable	82
5.2.4 Paiement de sources d'eau de boisson potable.....	83
5.2.5 Dépenses journalières pour l'approvisionnement en eau de boisson.....	84
5.3 ASSAINISSEMENT DE BASE AU SEIN DES MENAGES	85
5.3.1 Disponibilité d'installation sanitaire	86
5.3.2 Mode d'évacuation des excréments des enfants de 0-3 ans	87
5.3.3 Utilisation du savon par les ménages après toilettes.....	88
CONCLUSION	90
CHAPITRE 6 : ETAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS.....	91
6.1 SITUATION NUTRITIONNELLE DES ENFANTS	91
6.1.1 Prévalence de l'insuffisance pondérale (P/A)	92
6.1.2 Prévalence du retard de croissance (T/A)	93
6.1.3 Prévalence de l'émaciation (P/T)	95
6.2 POIDS A LA NAISSANCE	97
6.3 ALLAITEMENT MATERNEL	99
6.3.1 Allaitement maternel exclusif.....	101
6.3.2 Alimentation de complément	103
6.3.3 Allaitement maternel prolongé.....	104
6.4 CONSOMMATION DU SEL IODE	107
6.5 SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A	109
6.5.1 Taux d'utilisation des capsules de vitamine A.....	109
6.5.2 Opportunités d'administration des suppléments de vitamine A.....	111
CHAPITRE 7 : SANTE DE L'ENFANT.....	115

7.1 VACCINATION DES ENFANTS	115
7.2 MALADIES DIARRHEIQUES	118
7.2.1 Prévalence des maladies diarrhéiques chez les enfants.....	119
7.2.2 Traitement des maladies diarrhéiques chez les enfants.....	120
7.3 LES INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUËS (IRA)	123
7.3.1 Prévalence des IRA chez les enfants de moins de 5 ans.....	123
7.3.2 Traitement des Infections Respiratoires Aiguës.....	125
7.4 PRISE EN CHARGE INTEGREE DES MALADIES DE L'ENFANCE A DOMICILE	126
7.4.1 Connaissance des signes de gravité des maladies et recherche de soins de santé.....	127
7.4.2 Comportement nutritionnel au cours des épisodes de maladie les enfants.....	128
7.5 PALUDISME	129
7.5.1 Prévalence du paludisme (fièvre) chez les enfants de moins de 5 ans.....	130
7.5.2 Traitement du Paludisme.....	131
7.6 ACCESSIBILITE AUX SERVICES DE SANTE	136
7.6.1 Accessibilité aux services de santé dans les préfectures.....	136
7.6.2 Accessibilité aux formations sanitaires par région.....	137
CONCLUSION	138
CHAPITRE 8 : LE VIH/SIDA.....	139
8.1 CONNAISSANCE DU VIH/ SIDA	139
8.1.1 Connaissance du VIH/SIDA selon les préfectures.....	139
8.1.2 Connaissance du VIH/SIDA selon les Régions.....	140
8.1.3 Connaissance du VIH/SIDA selon certaines caractéristiques.....	141
8.2 PERCEPTIONS ERRONEES DU VIH/SIDA	143
8.2.1 Perceptions erronées du VIH/SIDA au niveau national et préfectoral.....	143
8.2.2 Perception erronée du VIH/SIDA selon les Régions.....	144
8.2.3 : Perceptions du VIH/SIDA selon les caractéristiques de la femme.....	145
8.3. AUTRES PERCEPTIONS	146
8.3.1 Transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant.....	146
8.3.2 Autres canaux de transmission.....	149
8.4 ATTITUDE DES FEMMES FACE AUX TRAVAILLEURS AYANT LE VIH/SIDA	152
8.4.1 Attitude des femmes face à un enseignant qui a contracté le VIH/SIDA.....	152
8.4.2 Attitude des femmes enquêtées face à un personnel de santé ayant contracté le VIH/SIDA.....	154
8.4.3 Attitude des femmes face à un vendeur de nourriture ayant contracté le VIH/SIDA.....	154
8.4.4 Attitude des femmes enquêtées face à un coiffeur ayant contracté le VIH/SIDA.....	155
8.5 LE DEPISTAGE DU VIH/SIDA	156
CHAPITRE 9 : SANTE DE LA REPRODUCTION.....	161
9.1. CONTRACEPTION	161
9.1.1 Age au premier rapport sexuel.....	161
9.2.2 Pratique de la contraception.....	161
9.2.3 Raisons de non-utilisation des méthodes de planification familiale.....	163
9.2 SOINS PRENATALS	167
9.2.1. Soins prénatals selon le type.....	168
9.2.2. Soins prénatals selon le type de l'assistance.....	170
9.2.3. Prévention du paludisme et de l'anémie chez la femme enceinte.....	172
9.2.4. Vaccination Anti-Tétanique (VAT).....	174
9.3. ASSISTANCE A L'ACCOUCHEMENT	176
9.3.1 Lieu de l'accouchement.....	176
9.3.2 Assistance à l'accouchement.....	178
9.4. AVORTEMENTS ET GROSSESSES INDESIREES	180
9.4.1 Avortements.....	180
9.4.2 Grossesse des douze derniers mois et désir de cette grossesse.....	182
CONCLUSION	184
CHAPITRE 10 : PROTECTION DE L'ENFANT.....	185
10.1. DECLARATION DES NAISSANCES	185
10.2. ORPHELINAGE ET TUTELLE DES ENFANTS	188
10.2.1. Orphelinage.....	188

10.2.2 Tutelle des enfants	189
10.3 TRAVAIL DES ENFANTS AGES DE 5-14 ANS	190
10.3.1. Ampleur du travail des enfants.....	191
10.3.2. Conditions de travail	192
CONCLUSION	195
CHAPITRE 11 : PROTECTION DE LA FEMME	197
11.1 VIOLENCE CORPORELLE	198
11.1.1 Ampleur de la violence corporelle et cas de plainte	198
11.1.2 Auteur de la violence corporelle et fréquence	201
11.2 VIOLENCE MORALE	204
11.3 VIOL	206
11.3.1 Ampleur de viol et cas de plainte	206
11.3.2 Auteur de viol et fréquence de viols	209
11.4 HARCELEMENT SEXUEL	212
11.5 PROSTITUTION PAR CONTRAINTE	214
11.6 PRATIQUE DE L'EXCISION	218
11.6.1 Ampleur de l'excision et perceptions des femmes	218
11.6.2 Raisons de continuité de la pratique de l'excision	221
11.7 PROBLEMES DE SUCCESSION	223
11.7.1 Perte de l'héritage de biens.....	224
11.7.2 Perte du gardiennage d'enfants à bas âge	226
CONCLUSION	229
CHAPITRE 12 : RESUME DES RESULTATS PROVISOIRES DE L'ANALYSE DE LA PAUVRETE	231
CONCLUSION GENERALE.....	232
ANNEXES.....	235
ANNEXE A : ECHANTILLONNAGE	236
ANNEXE B : MARGE D'ERREUR PAR PREFECTURE	239
ANNEXE C : PERSONNEL DE L'ENQUÊTE	241
ANNEXE D : QUESTIONNAIRES	246

LISTE DES TABLEAUX

	<i>Page</i>	
Tableau 1.1	Evolution du tableau des opérations financières de l'Etat Centrafricain.....	3
Tableau 1.2	Indicateurs socio-démographiques de base.....	5
Tableau 1.3	Résultats de l'enquête ménage (taux de réponse) par préfecture et milieu de résidence, RCA, MICS 2000.....	12
Tableau 1.4	Résultats issus des interviews dans les ménages visités.....	12
Tableau 1.5	Résultats de l'enquête individuelle femme (taux de réponse) par préfecture et milieu de résidence, RCA, MICS 2000.....	13
Tableau 1.6	Répartition de l'enquête individuelle enfants par préfecture et milieu de résidence, RCA, MICS 2000.....	13
Tableau 1.7a	Répartition des AD prévues et enquêtées par préfecture et milieu de résidence	14
Tableau 1.7b	Répartition des ménages enquêtés, de l'effectif attendu, de l'effectif final des enfants de 0-4 ans, par milieu de résidence, RCA, MICS 2000.....	14
Tableau 1.8	Rapport de masculinité par groupes d'âges quinquennaux.....	15
Tableau 1.9	Indice de Whipple par sexe.....	16
Tableau 1.10	Structures par groupe d'âges de la population des ménages issues de différentes Opérations (RGP88, EDS-RCA 94-95, Avitaminose A 98 et MICS2000)	16
Tableau 1.11	Nombre moyen d'enfants nés vivants, proportions des enfants décédés par groupe d'âge des femmes.....	17
Tableau 2.1	Pourcentage des ménages selon la taille moyenne des ménages par milieu de résidence, RCA, MICS 2000, EDS-RCA 94-95.....	20
Tableau 2.2	Pourcentage des ménages suivant leur taille et la taille moyenne des ménages par Préfecture	20
Tableau 2.3	Pourcentage des ménages suivant leur taille et la taille moyenne des ménages par région, RCA, MICS2000.....	20
Tableau 2.4	Pourcentage des chefs de ménages selon le sexe, par préfecture et milieu de résidence, RCA, MICS2000.....	21
Tableau 2.5	Pourcentage des chefs de ménages selon le sexe, par région, RCA, MICS2000	21
Tableau 2.6	Evolution de la proportion des chefs de ménage selon le sexe, par milieu de résidence, de l'EDS-RCA 94-95 à MICS2000.....	22
Tableau 2.7	Répartition des chefs de ménages par groupe d'âges et niveau d'instruction, RCA, MICS2000.....	22
Tableau 2.8	Répartition de la population des ménages par groupe d'âges selon le sexe, RCA, MICS2000.....	23
Tableau 2.9a	Pourcentage de la population par grand groupe d'âges aux différentes opérations	24
Tableau 2.9b	Pourcentage de la population selon l'état matrimonial par sexe et milieu de résidence.....	24
Tableau 2.9c	Pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus selon le statut matrimonial par préfecture.....	25

Tableau 2.10	Pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus selon l'état matrimonial par région, RCA, MICS2000.....	25
Tableau 2.11	Pourcentage des logements selon le nombre de pièces par préfecture et milieu de résidence, RCA, MICS2000.....	27
Tableau 2.12	Pourcentage des logements selon le nombre de pièces par région, RCA, MICS2000	27
Tableau 2.13	Pourcentage des logements par type de matériaux du plancher par préfecture et milieu de résidence, RCA, MICS2000.....	28
Tableau 2.14	Pourcentage des logements par type de matériaux du plancher selon la région, RCA, MICS2000	29
Tableau 2.15	Pourcentage des logements selon les matériaux du mur par préfecture, milieu de résidence, RCA, MICS2000.....	30
Tableau 2.16	Pourcentage des logements selon les matériaux du mur par région, RCA, MICS2000	30
Tableau 2.17	Pourcentage des logements selon les matériaux du toit, par préfecture et milieu de résidence, RCA, MICS2000.....	32
Tableau 2.18	Pourcentage des logements selon les matériaux du toit, par région, RCA, MICS2000	32
Tableau 2.19	Répartition des ménages selon les biens possédés par préfecture et milieu de résidence, RCA, MICS2000.....	33
Tableau 2.20	Répartition des ménages selon les biens possédés par région, RCA, MICS2000	34
Tableau 2.21	Pourcentage de ménages selon le mode d'éclairage par préfecture et milieu de résidence, RCA, MICS2000.....	34
Tableau 2.22	Pourcentage des ménages selon le mode d'éclairage par région, RCA, MICS2000	35
Tableau 2.23	Pourcentage des ménages selon la source d'énergie de cuisson par préfecture et milieu de résidence, RCA, MICS2000.....	36
Tableau 2.24	Répartition des ménages selon la source d'énergie de cuisson par région, RCA, MICS2000	36
Tableau 3.1	Quotients de mortalité (‰) infanto-juvénile selon les préfectures et milieu de résidence, RCA, MICS2000.....	40
Tableau 3.2	Quotients de mortalité infanto-juvénile (en ‰) selon les régions.....	40
Tableau 3.3	Quotients de mortalité infanto-juvénile (en ‰) selon le sexe et le niveau d'instruction de la mère, RCA, MICS2000.	41
Tableau 3.4	Quotients de mortalité (‰) infantile selon les préfectures et milieu de résidence, RCA, MICS 2000.....	41
Tableau 3.5	Quotients de mortalité infantile (‰) selon les régions.....	42
Tableau 3.6	Quotients de mortalité (‰) infantile selon le sexe et le niveau d'instruction de la mère	43
Tableau 3.7	Quotients de mortalité (‰) juvénile selon les préfectures et milieu de résidence	43
Tableau 3.8	Quotients de mortalité juvénile (‰) selon les Régions, RCA, MICS2000.....	43
Tableau 3.9	Quotients de mortalité (‰) juvénile selon le sexe et le niveau d'instruction de la mère	44
Tableau 3.10	Evolution des quotients de mortalité des enfants de moins de cinq ans (en ‰) selon les sources existantes.....	45

Tableau 4.1	Pourcentage des enfants âgés de 3-5 ans ou 3-4 ans qui fréquentent un programme organisé d'éducation préscolaire par préfecture, par milieu de résidence, sexe et âge, RCA, MICS 2000	48
Tableau 4.2	Pourcentage des enfants âgés de 3-5 ans ou 3-4 ans qui fréquentent un programme organisé d'éducation préscolaire par région administrative et inspection académique, RCA, MICS 2000	48
Tableau 4.3	Taux Brut de scolarisation au primaire selon le sexe par préfecture et milieu de résidence, RCA, MICS 2000.....	49
Tableau 4.4	Taux Brut de scolarisation au primaire selon le sexe par région administrative et inspection académique	50
Tableau 4.5	Taux Net de scolarisation au primaire selon le sexe par préfecture et milieu de résidence, RCA, MICS 2000.....	51
Tableau 4.6	Taux Net de scolarisation au primaire selon le sexe par région administrative et par inspection académique, RCA, MICS 2000.....	52
Tableau 4.7	Taux Net de scolarisation au primaire par sexe et selon l'âge, RCA, MICS 2000.	53
Tableau 4.8	Evolution du taux net de scolarisation selon la région sanitaire de 1996 à 2000	54
Tableau 4.9	Pourcentage des enfants de moins de 6 ans fréquentant une école primaire par sexe selon la préfecture et le milieu de résidence, RCA, 2000.....	54
Tableau 4.10	Taux de promotion scolaire selon la classe suivie par sexe, préfecture et milieu de résidence	56
Tableau 4.11	Taux de promotion scolaire selon la classe suivie, par région administrative et par inspection académique, RCA, MICS 2000.....	57
Tableau 4.12	Répartition (en %) des abandons scolaires chez les enfants âgés de 5-17 par sexe, selon la préfecture et le milieu de résidence, RCA, MICS2000.....	58
Tableau 4.13	Pourcentage des abandons scolaires chez les enfants âgés de 5-17 par sexe, selon la région administrative et par inspection académique, RCA, MICS2000	58
Tableau 4.14	Pourcentage des enfants âgés de 12-17 qui fréquentent le secondaire par sexe, la préfecture et le milieu de résidence, RCA, MICS 2000.....	59
Tableau 4.15	Pourcentage des enfants âgés de 12-17 qui fréquentent le secondaire par sexe et par âge, RCA, MICS2000.....	59
Tableau 4.16	Pourcentage de la population des ménages âgée de 5 ans ou plus selon le niveau d'instruction par préfecture et milieu de résidence, RCA, MICS2000	60
Tableau 4.17	Pourcentage de la population âgée de 5 ans ou plus selon le niveau d'instruction par région et inspection académique, RCA, MICS2000	61
Tableau 4.18	Pourcentage des enfants âgés de 5-17 ans n'ayant jamais été à l'école par sexe, selon la préfecture et le milieu de résidence, RCA, MICS2000.....	62
Tableau 4.19	Pourcentage des enfants âgés de 5-17 ans n'ayant jamais été à l'école par sexe, selon la région administrative et l'inspection académique, RCA, MICS2000.....	62
Tableau 4.20	Pourcentage de la population âgée de 15 ans ou plus sachant lire et écrire par sexe, selon la préfecture et le milieu de résidence, RCA, MICS2000.....	64
Tableau 4.21	Pourcentage de la population âgée de 15 ans ou plus sachant lire et écrire par sexe et par âge RCA, MICS 2000.....	64
Tableau 4.22	Pourcentage de la population âgée de 15 ans ou plus sachant lire et écrire par sexe, selon la région administrative et l'inspection académique, RCA, MICS 2000.	65

Tableau 4.23	Pourcentage des ménages selon la distance qui les sépare d'une école, par préfecture et milieu de résidence, RCA, MICS 2000.....	66
Tableau 4.24	Pourcentage des ménages selon la distance qui les sépare d'une école, par région administrative et par inspection académique, RCA, MICS 2000.....	67
Tableau 5.1	Pourcentage de la population par différentes sources d'approvisionnement en eau de boisson selon les préfectures et milieux de résidence.....	72
Tableau 5.2	Pourcentage de la population par différentes sources d'approvisionnement en eau de boisson selon les régions, RCA, MICS 2000.....	72
Tableau 5.3	Pourcentage de la population selon la distance parcourue pour l'approvisionnement en eau de boisson salubre par préfecture et milieu de résidence	73
Tableau 5.4	Répartition de la population selon la distance parcourue pour l'approvisionnement en eau de boisson salubre par régions.....	74
Tableau 5.5	Répartition de la population selon le temps mis pour l'approvisionnement en eau de boisson salubre par préfecture et milieu de résidence, RCA, MICS 2000	74
Tableau 5.6	Répartition de la population selon le temps mis aller-retour pour l'approvisionnement en eau de boisson salubre par région	75
Tableau 5.7	Répartition de la population selon la pérennité de la principale source d'eau de boisson salubre par préfecture et milieu de résidence, RCA, MICS 2000	76
Tableau 5.8	Répartition de la population selon la pérennité de la principale source d'eau de boisson salubre par régions, RCA, MICS 2000.....	76
Tableau 5.9	Pourcentage de la population qui utilise une source d'eau de boisson potable quels que soient la distance et le temps mis à MICS 1996 et MICS 2000, par région sanitaire et milieu de résidence.....	77
Tableau 5.10	Pourcentage des ménages ayant accès à l'eau de robinet, de borne fontaine et de forage selon les préfectures et milieux de résidence au recensement de 1998 et MICS 2000	79
Tableau 5.11	Taux d'accessibilité à l'eau de boisson potable selon les préfectures et milieux de résidence, RCA, MICS 2000.....	80
Tableau 5.12	Taux d'accessibilité à l'eau de boisson potable selon les régions.....	80
Tableau 5.13	Evolution du taux d'accessibilité à l'eau potable, MICS 1996 et MICS 2000.....	81
Tableau 5.14	Taux de couverture de la population en eau potable selon les préfectures et milieux de résidence, RCA, MICS 2000.....	82
Tableau 5.15	Taux de couverture de la population en eau potable selon les régions, RCA, MICS 2000	82
Tableau 5.16	Evolution du taux de couverture en eau potable, MICS 1996 et MICS 2000.....	83
Tableau 5.17	Pourcentage des ménages selon les principales sources d'eau de boisson payantes ou non payantes par préfecture et milieu de résidence.....	84
Tableau 5.18	Répartition des ménages selon les principales sources d'eau de boisson payantes ou non par région, RCA, MICS 2000.....	84
Tableau 5.19	Répartition des ménages selon les dépenses journalières pour l'approvisionnement en eau de boisson par préfecture et milieu de résidence.....	85
Tableau 5.20	Répartition des ménages selon les dépenses journalières pour l'approvisionnement en eau de boisson selon les régions, RCA, MICS 2000.....	85

Tableau 5.21	Pourcentage de la population selon le type d'installation sanitaire du ménage, par préfecture et milieu de résidence, RCA, MICS2000.....	86
Tableau 5.22	Pourcentage de la population selon le type d'installation sanitaire du ménage, par régions, RCA, MICS2000.....	87
Tableau 5.23a	Répartition des ménages selon le mode d'évacuation des excréments des enfants de 0-3 ans par préfecture et milieu de résidence, RCA, MICS2000	88
Tableau 5.23b	Répartition des ménages selon le mode d'évacuation des excréments des enfants de 0-3 ans par région, RCA, MICS2000.....	88
Tableau 5.24	Pourcentage de la population qui se lave les mains ou non avec du savon après les toilettes par préfecture et milieu de résidence, RCA, MICS2000	89
Tableau 5.25	Pourcentage de la population qui se lave les mains ou non avec du savon après les toilettes par région.....	89
Tableau 6.1	Prévalence de l'insuffisance pondérale selon la préfecture, le milieu de résidence, les régions, l'âge et le niveau d'instruction de la mère, RCA, MICS 2000.....	92
Tableau 6.2	Prévalence du retard de croissance modéré et sévère des enfants de moins de 5 ans selon la préfecture, le milieu de résidence, les régions, l'âge et le niveau d'instruction de la mère, RCA, MICS 2000.....	94
Tableau 6.3	Prévalence de l'émaciation modérée (< -2 ET) et sévère (< -3 ET) selon la préfecture, le milieu de résidence, les régions, l'âge et le niveau d'instruction de la mère, RCA, MICS 2000	96
Tableau 6.4	Pourcentage de faible poids à la naissance selon la préfecture, le milieu de résidence, les régions, l'âge et le niveau d'instruction de la mère.....	98
Tableau 6.5	Estimation par les mères du poids à la naissance des enfants non pesés selon la préfecture, le milieu de résidence, les régions, l'âge et le niveau d'instruction de la mère, RCA, MICS 2000	99
Tableau 6.6	Taux d'allaitement maternel chez les enfants de moins de cinq (5) ans, selon les caractéristiques socio-démographiques, RCA, MICS 2000.....	100
Tableau 6.7	Taux d'allaitement maternel exclusif, par sexe, préfecture, milieu de résidence, région et niveau d'instruction de la mère, RCA, MICS 2000.....	102
Tableau 6.8	Pourcentage des enfants qui ont reçu des aliments de complément entre 6-9 mois, selon la préfecture, le milieu de résidence, les régions, l'âge et le niveau d'instruction de la mère, RCA, MICS 2000.....	104
Tableau 6.9	Proportion des enfants qui ont reçu un allaitement maternel prolongé jusqu'à 24 mois selon la préfecture, le milieu de résidence, les régions et le niveau d'instruction de la mère, RCA, MICS 2000.....	106
Tableau 6.10	Pourcentage de ménages consommant du sel iodé par les ménages par préfecture, région et milieu de résidence.....	108
Tableau 6.11	Tendance du taux de consommation du sel iodé de 1994 à 2000 par région sanitaire et milieu de résidence.....	108
Tableau 6.12	Taux d'utilisation de vitamine A chez les enfants de moins de 5 ans durant les six (6) derniers mois par préfectures, milieux de résidence, régions âge et sexe, RCA, MICS 2000.....	110
Tableau 6.13	Taux de supplémentation en vitamine A selon les opportunités d'administration par préfecture, milieu de résidence, régions, tranches d'âge et niveau d'instruction des mères, RCA, MICS 2000	113

Tableau 7.1	Pourcentage des enfants âgés de 12 à 23 mois qui sont vaccinés avant leur premier anniversaire contre les maladies cibles du PEV selon les carnets et les déclarations des mères, par préfecture et milieu de résidence.....	117
Tableau 7.2	Pourcentage des enfants âgés de 12 à 23 mois qui sont vaccinés avant leur 1 ^{er} anniversaire contre les maladies cibles du PEV selon les carnets et les déclarations des mères, selon les régions, le sexe des enfants et le niveau d'instruction des mères	117
Tableau 7.3	Prévalence des maladies diarrhéiques chez les enfants de moins de 5 ans par préfecture, RCA, MICS 2000.....	118
Tableau 7.4	Prévalence des maladies diarrhéiques chez les enfants de moins de 5 ans selon les régions, les caractéristiques des enfants et de leurs mères.....	119
Tableau 7.5	Pourcentage d'enfants de 0-59 mois qui ont eu la diarrhée durant les 2 dernières semaines et qui ont reçu une SRO ou une TRO selon les préfectures, le milieu de résidence et le sexe	120
Tableau 7.6	Pourcentage d'enfants de 0-59 mois qui ont eu la diarrhée durant les 2 dernières semaines et qui ont reçu une SRO ou une TRO selon les régions et les caractéristiques des enfants, RCA, MICS 2000.....	121
Tableau 7.7	Pourcentage d'enfants de 0-59 mois qui ont eu la diarrhée durant les 2 dernières semaines et qui ont reçu une SRO ou une TRO selon les caractéristiques des enfants, RCA, MICS 2000	121
Tableau 7.8	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui ont eu la diarrhée durant les 2 dernières semaines et qui ont reçu davantage de liquides et ont continué à manger pendant la maladie selon les préfectures et le milieu de résidence.....	122
Tableau 7.9	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui ont eu la diarrhée durant les 2 dernières semaines et qui ont reçu davantage de liquides et ont continué à manger pendant la maladie selon les régions, et les caractéristiques des enfants, RCA, MICS 2000	122
Tableau 7.10	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui ont eu la diarrhée durant les 2 dernières semaines et qui ont reçu davantage de liquides et ont continué à manger pendant la maladie selon certaines caractéristiques des enfants et de leurs mères, RCA, MICS 2000	123
Tableau 7.11	Prévalence des infections respiratoires aiguës parmi les enfants de moins de 5 ans par préfecture et milieu de résidence, RCA, MICS 2000.....	123
Tableau 7.12	Pourcentage des enfants de moins de 5 ans qui ont souffert d'IRA selon les régions, les caractéristiques des mères et des enfants, RCA, MICS 2000.....	124
Tableau 7.13	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui ont eu des IRA durant les 2 dernières semaines et qui ont été traités par les fournisseurs de service de santé, RCA, MICS 2000.	125
Tableau 7.14	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui ont eu des IRA durant les 2 dernières semaines et qui ont été traités par les fournisseurs de service de santé selon les régions	126
Tableau 7.15	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui ont eu des IRA durant les 2 dernières semaines et qui ont été traités par les fournisseurs de service de santé selon les caractéristiques des mères et de leurs enfants, RCA, MICS 2000	126
Tableau 7.16	Pourcentage des personnes en charge des enfants de moins de 5 ans qui connaissent au moins 2 signes de maladie pour aller chercher immédiatement des soins de santé, au niveau national par préfecture et milieu de résidence.....	127
Tableau 7.17	Pourcentage des personnes en charge des enfants de moins de 5 ans qui connaissent au moins 2 signes de maladie pour aller chercher immédiatement des soins de santé dans les régions et selon le niveau d'instruction des mères	128

Tableau 7.18	Pourcentage d'enfants de 0-59 mois malades durant les deux dernières semaines qui ont reçu davantage de liquides et ont continué à manger selon les préfectures et milieu de résidence, RCA, MICS 2000.....	128
Tableau 7.19	Pourcentage d'enfants de 0-59 mois malades durant les deux dernières semaines qui ont reçu davantage de liquides et ont continué à manger selon les régions et les caractéristiques des enfants	129
Tableau 7.20	Pourcentage d'enfants de 0-59 mois malades durant les deux dernières semaines qui ont reçu davantage de liquides et ont continué à manger selon certaines caractéristiques des enfants et de leurs mères	129
Tableau 7.21	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant souffert de la fièvre au cours des deux dernières semaines par préfecture et milieu de résidence, RCA, MICS 2000	130
Tableau 7.22	Pourcentage des enfants de moins de 5 ans qui ont souffert de la fièvre durant les deux dernières semaines selon les régions	131
Tableau 7.23	Pourcentage d'enfants de 0-59 mois souffrant de la fièvre durant les deux dernières semaines qui ont été traités avec un anti-paludéen selon les préfectures et le milieu de résidence, RCA, MICS 2000	132
Tableau 7.24	Pourcentage d'enfants de 0-59 mois souffrant de la fièvre durant les deux dernières semaines qui ont été traités avec un anti-paludéen selon les régions, RCA, MICS 2000	132
Tableau 7.25	Pourcentage d'enfants de 0-59 mois souffrant de la fièvre durant les deux dernières semaines qui ont été traités avec un anti-paludéen selon les caractéristiques des enfants et de leurs mères, RCA, MICS 2000.	133
Tableau 7.26	Pourcentage des enfants de moins de 5 ans ayant souffert de la fièvre et reçu un traitement anti-palustre selon le lieu d'acquisition des médicaments, par préfecture et milieu de résidence, RCA, MICS 2000	133
Tableau 7.27	Pourcentage des enfants de moins de 5 ans ayant souffert de la fièvre et reçu un traitement anti-palustre selon le lieu d'acquisition des médicaments, par région et caractéristiques de l'enfant, RCA, MICS 2000.....	134
Tableau 7.28	Pourcentage d'enfants de 0-59 mois qui ont dormi sous une moustiquaire Imprégnée d'insecticide la nuit dernière selon les préfectures sanitaires et le milieu de résidence, RCA, MICS 2000.....	135
Tableau 7.29	Pourcentage d'enfants de 0-59 mois qui ont dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit dernière selon les régions	136
Tableau 7.30	Pourcentage d'enfants de 0-59 mois qui ont dormi sous une moustiquaire Imprégnée d'insecticide la nuit dernière selon les caractéristiques des enfants, RCA, MICS 2000	136
Tableau 7.31	Proportion de la population ayant accès aux formations sanitaires selon la distance par préfectures et le milieu de résidence.....	137
Tableau 7.32	Proportion de la population ayant accès aux formations sanitaires au niveau national, selon le milieu et les préfectures sanitaires et selon les distances.	137
Tableau 8.1	Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui ont une bonne connaissance de la transmission du VIH/SIDA, par préfecture et milieu de résidence.....	140
Tableau 8.2	Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui ont une bonne connaissance de la transmission du VIH/SIDA, par région.....	141
Tableau 8.3	Pourcentage des femmes de 15-49 ans qui ont une bonne connaissance de la transmission du VIH/SIDA, selon les caractéristiques, RCA, MICS2000.....	142

Tableau 8.4	Pourcentage des femmes de 15-49 ans ayant une perception erronée sur le VIH/SIDA selon les préfectures et milieu de résidence, RCA, MICS2000.....	144
Tableau 8.5	Pourcentage des femmes de 15-49 ans ayant une perception erronée sur le VIH/SIDA selon les régions, RCA, MICS2000.	145
Tableau 8.6	Pourcentage des femmes de 15-49 ans ayant une perception erronée sur les modes de transmission du VIH/SIDA, selon les caractéristiques	146
Tableau 8.7	Pourcentage des femmes de 15-49 ans qui ont correctement identifié des moyens de transmission du VIH de la mère à l'enfant, par préfecture et milieu de résidence RCA, MICS2000.....	147
Tableau 8.8	Pourcentage des femmes de 15-49 ans qui ont correctement identifié des moyens de transmission du VIH de la mère à l'enfant, par région, RCA, MICS2000	148
Tableau 8.9	Pourcentage des femmes de 15-49 ans qui ont correctement identifié des moyens de transmission du VIH de la mère à l'enfant, selon les caractéristiques, RCA, MICS 2000	148
Tableau 8.10	Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui ont déclaré certains canaux de transmission du VIH/SIDA selon certaines caractéristiques, RCA, MICS2000.	149
Tableau 8.11	Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui ont déclaré certains canaux de transmission du VIH/SIDA selon certaines caractéristiques, RCA, MICS2000.	150
Tableau 8.12	Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui ont déclaré certains canaux de transmission du VIH/SIDA selon certaines caractéristiques, RCA, MICS 2000.	151
Tableau 8.13	Pourcentage des femmes de 15-49 ans qui ont exprimé une attitude discriminatoire vis-à-vis des personnes avec le VIH/SIDA, RCA, MICS 2000.	152
Tableau 8.14	Pourcentage des femmes de 15-49 ans qui ont exprimé une attitude discriminatoire vis-à-vis des personnes avec le VIH/SIDA, RCA, MICS 2000	152
Tableau 8.15	Pourcentage des femmes de 15-49 ans qui ont exprimé une attitude discriminatoire vis-à-vis des personnes avec le VIH/SIDA, RCA, MICS 2000.	153
Tableau 8.16	Pourcentage des femmes de 15-49 ans qui connaissent un endroit où elles peuvent aller faire un test du SIDA et qui ont été testées, RCA, MICS 2000	154
Tableau 8.17	Pourcentage des femmes de 15-49 ans qui connaissent un endroit où elles peuvent aller faire un test du SIDA et qui ont été testées, RCA, MICS 2000.	155
Tableau 8.18	Pourcentage des femmes de 15-49 ans qui connaissent un endroit où elles peuvent aller faire un test du SIDA et qui ont été testées, RCA, MICS 2000.	156
Tableau 8.19	Pourcentage des femmes de 15-19 ans qui connaissent un endroit où elles peuvent aller faire un test du SIDA et qui ont été testées, par préfecture et milieu de résidence, RCA, MICS2000	157
Tableau 8.20	Pourcentage des femmes de 15-19 ans qui connaissent un endroit où elles peuvent aller faire un test du SIDA et qui ont été testées, par région.....	157
Tableau 8.21	Pourcentage des femmes de 15-19 ans qui connaissent un endroit où elles peuvent aller faire un test du SIDA et qui ont été testées, selon les caractéristiques, RCA, MICS2000	158
Tableau 9.1	Pourcentage de femmes en union selon l'âge au premier rapport sexuel par milieu de résidence et par préfecture, RCA, MICS2000.....	161
Tableau 9.2	Pourcentage de femmes en union selon l'âge au premier rapport sexuel par région administrative et par région sanitaire, RCA, MICS2000.....	162

Tableau 9.3	Pourcentage de femmes en union selon l'âge au premier rapport sexuel par groupe d'âges, niveau d'instruction et ethnie de la femme, RCA , MICS2000.	162
Tableau 9.4	Pourcentage de femmes en union âgée de 15-49 ans qui utilisent (ou dont les partenaires utilisent) une méthode contraceptive, RCA, MICS2000.....	163
Tableau 9.6	Pourcentage de femmes en union âgée de 15-49 ans qui utilisent (ou dont les partenaires utilisent) une méthode contraceptive.....	165
Tableau 9.7	Pourcentage des femmes en union âgée de 15-49 ans qui utilisent (ou dont les partenaires utilisent) une méthode contraceptive selon l'ethnie, RCA, MICS2000	166
Tableau 9.8	Pourcentage des femmes de 15-49 ans selon les raisons de non utilisation des méthodes de planification familiale par préfecture et milieu de résidence.....	166
Tableau 9.9	Pourcentage des femmes de 15-49 ans selon les raisons de non utilisation des méthodes de planification familiale, par région, RCA MICS2000.	167
Tableau 9.10	Pourcentage des femmes de 15-49 ans selon les raisons de non utilisation des méthodes de planification familiale par groupe d'âges, niveau d'instruction et ethnie de la femme, RCA, MICS 2000.....	167
Tableau 9.11	Pourcentage des femmes ayant eu une naissance au cours des 12 derniers mois ayant précédé l'enquête par nombre de visite durant la grossesse, selon la préfecture et le milieu de résidence	169
Tableau 9.12	Pourcentage des femmes ayant eu une naissance au cours des 12 derniers mois ayant précédé l'enquête par nombre de visite durant la grossesse, selon les régions et le niveau d'instruction des femmes.....	169
Tableau 9.13	Pourcentage des femmes ayant eu une naissance au cours des 12 derniers mois ayant précédé l'enquête par type d'assistance, selon la préfecture et le milieu de résidence	171
Tableau 9.14	Pourcentage des femmes ayant eu une naissance au cours des 12 derniers mois ayant précédé l'enquête par type de visite durant la grossesse, selon les régions et le niveau d'éducation des femmes.....	172
Tableau 9.15	Pourcentage des femmes ayant eu une naissance durant les 12 derniers mois qui ont reçu avant les 3 derniers mois précédant leur accouchement de la chloroquine et /ou du Fer selon les préfectures et le milieu de résidence.....	173
Tableau 9.16	Pourcentage des femmes ayant eu une naissance durant les 12 derniers mois qui ont reçu avant les 3 derniers mois précédant leur accouchement de la chloroquine et/ou du Fer selon les régions et le niveau d'instruction des femmes	174
Tableau 9.17	Pourcentage des femmes ayant eu une naissance survenue au cours des 12 derniers mois qui sont immunisées contre le tétanos selon la préfecture et le milieu de résidence	175
Tableau 9.18	Pourcentage des femmes ayant eu une naissance survenue au cours des 12 derniers mois qui sont immunisées contre le tétanos selon les régions et selon le niveau d'instruction des mères	175
Tableau 9.19	Pourcentage des femmes âgées de 15 à 49 ans ayant accouché au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête selon le lieu de l'accouchement, par préfecture et milieu de résidence	177
Tableau 9.20	Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant accouché au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête selon le lieu de l'accouchement, par régions et niveau d'instruction de la femme.....	177
Tableau 9.21	Pourcentage de femmes de 15 à 49 ans ayant accouché au cours des 12 derniers mois ayant précédé l'enquête par type d'assistance et selon les préfectures et le milieu de résidence	179
Tableau 9.22	Pourcentage de femmes de 15 à 49 ans ayant accouché au cours des 12 derniers mois ayant précédé l'enquête par type d'assistance et selon les régions et le niveau d'instruction de femmes	180

Tableau 9.23	Pourcentage de femmes en union ayant fait un avortement selon la fréquence des avortements par préfecture et milieu de résidence, RCA, MICS 2000.	180
Tableau 9.24	Pourcentage de femmes en union ayant fait un avortement selon la fréquence des avortements par régions, RCA, MICS2000.....	181
Tableau 9.25	Pourcentage de femmes en union ayant fait un avortement selon la fréquence des avortements par groupe d'âges et le niveau d'instruction, RCA, MICS2000.	182
Tableau 9.26	Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans ayant eu une grossesse au cours des douze derniers mois, selon le désir de cette grossesse par préfecture et par milieu de résidence, RCA , MICS2000.....	182
Tableau 9.27	Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans ayant eu une grossesse au cours des 12 derniers mois, selon le désir de cette grossesse par région, RCA, MICS2000.	183
Tableau 9.28	Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans ayant eu une grossesse au cours des douze derniers mois, selon le désir de cette grossesse par groupe d'âges, niveau d'instruction et groupe ethnique de la femme, RCA , MICS2000.....	183
Tableau 10.1	Pourcentage de naissances déclarées des enfants de 0-59 mois et les raisons de non enregistrement selon la préfecture et le milieu de résidence.....	186
Tableau 10.2	Pourcentage de naissances déclarées des enfants de 0-59 mois et les raisons de non enregistrement selon les régions.....	187
Tableau 10.3	Pourcentage de naissances déclarées des enfants de 0-59 mois et les raisons de Non enregistrement selon les caractéristiques de l'enfant et de la mère.	188
Tableau 10.4	Pourcentage des enfants âgés de 0-14 ans orphelins ou confiés par préfectures et milieu de résidence.....	189
Tableau 10.5	Pourcentage des enfants âgés de 0-14 ans orphelins ou confiés par région.....	190
Tableau 10.6	Pourcentage des enfants de 5-14 ans qui travaillent actuellement selon la préfecture et le milieu de résidence.....	193
Tableau 10.7	Pourcentage des enfants de 0-14 ans vivant ou non avec un parent biologique dans le ménage selon les régions, RCA, MICS2000.....	194
Tableau 10.8	Pourcentage des enfants de 0-14 ans vivant ou non avec un parent biologique dans le ménage selon les caractéristiques de l'enfant et des parents.....	194
Tableau 11.1	Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans ayant subi une violence corporelle et ayant déposé une plainte par préfecture et milieu de résidence.....	199
Tableau 11.2	Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans ayant subi une violence corporelle et ayant déposé une plainte par région, RCA, MICS 2000.....	199
Tableau 11.3	Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans ayant subi une violence corporelle et ayant déposé une plainte par caractéristiques socio-culturelles des femmes	200
Tableau 11.4	Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans en union ayant subi une violence corporelle et ayant déposé une plainte par caractéristiques socio-culturelles de leurs conjoints, RCA, MICS 2000.....	201
Tableau 11.5	Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans ayant subi une violence corporelle selon l'auteur de la violence, le nombre de fois et la période, par préfecture et milieu de résidence, RCA, MICS 2000	202
Tableau 11.6	Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans ayant subi une violence corporelle selon l'auteur de la violence, le nombre de fois et la période, par région	202

Tableau 11.7	Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans ayant subi une violence corporelle selon l'auteur de la violence, le nombre de fois et la période, par caractéristiques socio-culturelles de la femme, RCA, MICS 2000	203
Tableau 11.8	Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans en union ayant subi une violence corporelle selon l'auteur de la violence, le nombre de fois et la période, par caractéristiques socio-culturelles du mari	204
Tableau 11.9	Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans ayant subi une violence morale et ayant déposé une plainte par préfecture et milieu de résidence	204
Tableau 11.10	Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans ayant subi une violence morale et ayant déposé une plainte par région, RCA, MICS 2000.....	205
Tableau 11.11	Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans ayant subi une violence corporelle et ayant déposé une plainte par caractéristiques socio-culturelles des femmes.....	205
Tableau 11.12	Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans ayant subi une violence morale et ayant déposé une plainte par caractéristiques socio-culturelles de leurs conjoints, RCA, MICS 2000	206
Tableau 11.13	Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans ayant subi un viol et ayant déposé une plainte par préfecture et milieu de résidence, RCA, MICS 2000	207
Tableau 11.14	Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans ayant subi un viol sexuel et ayant déposé une plainte par région, RCA, MICS 2000.	207
Tableau 11.15	Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans ayant subi un viol sexuel et ayant déposé une plainte par caractéristiques socio-culturelles des femmes	208
Tableau 11.16	Pourcentage des femmes en union âgées de 15-49 ans ayant subi un viol sexuel et ayant déposé une plainte par caractéristiques socio-culturelles du mari	208
Tableau 11.17	Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans ayant subi un viol sexuel selon l'auteur du viol, le nombre de fois et la période, par préfecture et milieu de résidence, RCA, MICS 2000	209
Tableau 11.18	Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans ayant subi un viol sexuel selon l'auteur du viol, le nombre de fois et la période, par région, RCA, MICS 2000.	210
Tableau 11.19	Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans ayant subi un viol sexuel selon l'auteur du viol, le nombre de fois et la période, par caractéristiques socio-culturelles de la femme, RCA, MICS 2000	211
Tableau 11.20	Pourcentage des femmes en union âgées de 15-49 ans ayant subi un viol sexuel selon l'auteur, le nombre de fois et la période, par caractéristiques socio-culturelles du mari, RCA, MICS 2000	211
Tableau 11.21	Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans ayant subi un harcèlement sexuel et ayant déposé une plainte par préfecture et milieu de résidence.....	212
Tableau 11.22	Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans ayant subi un harcèlement sexuel et ayant déposé une plainte par région, RCA, MICS 2000.....	213
Tableau 11.23	Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans ayant subi un harcèlement sexuel et ayant déposé une plainte par caractéristiques socio-culturelles des femmes....	214
Tableau 11.24	Pourcentage des femmes en union âgées de 15-49 ans ayant subi un harcèlement sexuel et ayant déposé une plainte par caractéristiques socio-culturelles du mari, RCA, MICS 2000	214
Tableau 11.25	Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans ayant été contraintes à la prostitution selon l'auteur, le résultat de la plainte, par préfecture et milieu de résidence, RCA, MICS 2000	215
Tableau 11.26	Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans ayant été contraintes à la prostitution selon l'auteur, le résultat de la plainte, par région.....	216

Tableau 11.27	Pourcentage de femmes âgées de 15-49ans ayant été contraintes à la prostitution selon l'auteur, le résultat de la plainte, par caractéristiques de la femme, RCA, MICS2000	216
Tableau 11.28	Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans ayant été contraintes à la prostitution selon l'auteur, le résultat de la plainte, par caractéristiques du mari.	217
Tableau 11.29	Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans excisées et leur perception, par préfecture et milieu de résidence, RCA, MICS 2000.....	219
Tableau 11.30	Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans excisées en l'an 2000, leur perception, par région, RCA, MICS 2000.....	219
Tableau 11.31	Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans excisées en l'an 2000, selon leur perception, par région et ampleur en 1994/95, RCA, MICS 2000.....	221
Tableau 11.32	Raisons pour la continuité de l'excision par préfecture et milieu de résidence	222
Tableau 11.33	Raisons pour la continuité de l'excision par région, RCA, MICS 2000.....	222
Tableau 11.34	Raisons pour la continuité de l'excision selon les caractéristiques de la femme	223
Tableau 11.35	Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans ayant été dépossédées de biens d'héritage, selon les types de biens, par préfecture et milieu de résidence...	224
Tableau 11.36	Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans ayant été dépossédées de biens d'héritage, selon les types de biens, par région, RCA, MICS 2000.....	225
Tableau 11.37	Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans ayant été dépossédées de biens d'héritage, selon les types de biens, par caractéristiques des femmes.....	226
Tableau 11.38	Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans ayant perdu le gardiennage de leur enfant et celles ayant été consentantes pour leur mariage, par préfecture et milieu de résidence, RCA, MICS 2000	227
Tableau 11.39	Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans ayant perdu le gardiennage de leur enfant et celles ayant été consentantes pour leur mariage, par région....	228
Tableau 11.40	Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans ayant perdu le gardiennage de leur enfant et celles ayant été consentantes pour leur mariage, par caractéristiques de la femme, RCA, MICS 2000	228

LISTE DES GRAPHIQUES

	Page
Graphique 2.1	Pyramide des âges de la population 23
Graphique 2.2	Pourcentage de la population de 15 ans et plus mariée/union 26
Graphique 2.3	Pourcentage des logements ayant plus de 6 pièces..... 28
Graphique 2.4	Pourcentage des logements ayant un plancher en ciment..... 29
Graphique 2.5	Pourcentage des logements ayant un mur en ciment..... 31
Graphique 2.6	Pourcentage des logements ayant un toit en tôle..... 32
Graphique 2.7	Pourcentage des ménages disposant de l'électricité 35
Graphique 3.1	Quotient de mortalité infanto-juvénile (pour mille)..... 40
Graphique 3.2	Quotient de mortalité infantile (pour mille)..... 42
Graphique 3.3	Quotient de mortalité juvénile (pour mille)..... 44
Graphique 3.4	Tendance de la mortalité des enfants (pour mille)..... 45
Graphique 4.1	Taux Brut de scolarisation au primaire 50
Graphique 4.2	Taux Net de scolarisation au primaire 52
Graphique 4.3	Taux Net de scolarisation par sexe et âge..... 53
Graphique 4.4	Probabilité de réussite de 1 ^{ère} en 6 ^{ème} année selon le milieu de résidence..... 55
Graphique 4.5	Probabilité de réussite de 1 ^{ère} en 6 ^{ème} année selon le sexe..... 56
Graphique 4.6	Pourcentage des enfants n'ayant jamais été scolarisés..... 63
Graphique 4.7	Taux d'alphabétisation par milieu de résidence et par sexe..... 64
Graphique 4.8	Pourcentage de la population sachant lire ou écrire 65
Graphique 5.1	Pourcentage de la population utilisant de l'eau de boisson potable..... 78
Graphique 5.2	Taux d'accessibilité à l'eau de boisson potable..... 81
Graphique 5.3	Pourcentage des ménages disposant d'un système sanitaire adéquat..... 87
Graphique 6.1	Evolution de l'insuffisance pondérale modérée et sévère par âge..... 93
Graphique 6.2	Evolution du retard de croissance modéré et sévère par âge 95
Graphique 6.3	Prévalence de l'émaciation sévère et modérée par âge 97
Graphique 6.4	Taux d'allaitement maternel exclusif de 0-6 mois par préfecture..... 103
Graphique 6.5	Taux d'allaitement maternel prolongé par région 105
Graphique 6.6	Taux d'allaitement maternel prolongé selon le niveau d'instruction des mères 106
Graphique 6.7	Tendance du taux de consommation du sel iodé de 1994 à 2000..... 109
Graphique 6.8	Taux d'utilisation des capsules de vitamine A par région sanitaire..... 111

Graphique 6.9	Taux d'utilisation des capsules de vitamine A par tranches d'âges.....	111
Graphique 7.1	Couverture vaccinale (en %) par antigène	116
Graphique 7.2	Evolution de la couverture vaccinale par antigène de 1990 à 2000.....	116
Graphique 7.3	Taux de prévalence de la diarrhée.....	119
Graphique 7.4	Taux de prévalence des IRA.....	124
Graphique 8.1	Connaissance de la transmission du VIH/SIDA.....	141
Graphique 8.2	Connaissance erronée du VIH/SIDA	145
Graphique 8.3	Connaissance des moyens de transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant.	148
Graphique 8.4	Pourcentage des femmes ayant fait un test de dépistage du VIH/SIDA.....	157
Graphique 9.1	Taux de prévalence contraceptive.....	164
Graphique 9.2	Pourcentage des femmes ayant eu des naissances au cours des 12 derniers mois et ayant effectué au moins 5 visites.....	170
Graphique 9.3	Pourcentage des femmes ayant eu une naissance au cours des 12 derniers mois et ayant reçu au moins 2 doses de VAT	176
Graphique 9.4	Pourcentage des femmes ayant accouché au cours des 12 derniers mois dans une formation sanitaire.....	178
Graphique 9.5	Fréquence des avortements	181
Graphique 10.1	Pourcentage des naissances enregistrées.....	187
Graphique 10.2	Pourcentage des enfants orphelins d'au moins un parent	190
Graphique 10.3	Travail des enfants	192
Graphique 11.1	Pourcentage des femmes ayant subi au moins une violence corporelle.....	202
Graphique 11.2	Pourcentage des femmes ayant subi au moins un harcèlement sexuel	213
Graphique 11.3	Pourcentage des femmes ayant été excisées en l'an 2000.....	220

LISTE DES CARTES PAR PREFECTURE

	<i>Page</i>
Taux de mortalité infanto-juvénile en l'an 2000.....	xxix
Taux de mortalité infantile en l'an 2000.....	xxx
Taux net de scolarisation au primaire en l'an 2000 pour les enfants de 6-11 ans	xxxi
Population ayant accès à l'eau potable en l'an 2000 (%).....	xxxii
Malnutrition des enfants de moins de 5 ans Insuffisance pondérale en l'an 2000 (%)	xxxiii
Retard de croissance modéré Enfants de moins de 5 ans en l'an 2000 (%)....	xxxiv
Pourcentage de la population qui consomme du sel suffisamment iodé en l'an 2000	xxxv
Taux de couverture vaccinale contre la polio 3 ^{ème} dose avant le 1 ^{er} anniversaire en l'an 2000	xxxvi
Taux de couverture vaccinale contre la rougeole avant le 1 ^{er} anniversaire en l'an 2000	xxxvii
Pourcentage d'enfants ayant souffert d'Infection Respiratoires Aiguës (IRA) en l'an 2000	xxxviii
Proportion de femmes ne connaissant aucun moyen de prévention contre le VIH/SIDA (%)	xxxix
Taux d'utilisation des méthodes modernes de contraception en l'an 2000.....	xxxl
Pourcentage des enfants (5-14 ans) qui travaillent.....	xxxli
Proportion de femmes battues en l'an 2000 (%).....	xlii
Pourcentage de femmes excisées en l'an 2000.....	xliiii

SIGLE/ABREVIATIONS

BCG	Bacille de Calmette et Guérin
BCR	Bureau Central de Recensement
BEAC	Banque des Etats de l'Afrique Centrale
CDE	Convention des Droits de l'Enfant
CEDEF	Convention sur l'Elimination de toutes formes de Discrimination à l'Egard de la Femme
CI	Cours d'Initiation
CM	Cours Moyen
DHS	Demographic and Health Survey
DTCoq	Dyphtérie Tétanos Coqueluche
EIBC	Enquête, Intégrale Budget-Consommation
EDS/RCA	Enquête Démographique et de Santé en République Centrafricaine
FASR	Facilité d'Ajustement Structurel Renforcé
FMI	Fonds Monétaire International
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
F CFA	Franc de la Communauté Financière Africaine
FRPC	Facilité pour la Réduction de la Pauvreté & la Promotion de la Croissance
IDH	Indice de Développement Humain
IEC	Information Education Communication
IRA	Infections Respiratoires Aiguës
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey (Enquête à Indicateurs Multiples)
MST	Maladies Sexuellement Transmissibles
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSID	Programme Commun des Nations Unies sur le SIDA
PAS	Programme d'Ajustement Structurel
PMA	Pays les Moins Avancés
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PIB	Produit Intérieur Brut
RCA	République Centrafricaine
RDC	République Démocratique du Congo
RGP	Recensement Général de la Population
SIDA	Syndrome Immuno Déficitaire Acquis
SMI/PF	Santé Maternelle Infantile et Planification Familiale
Spss	Social Package for Statistical Software
SSP	Soins de Santé Primaires
TDCI	Troubles Dus à la Carence en Iode
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	Virus de l'Immuno-déficience Humaine

RAPPORT RESUME

L'Enquête Nationale à Indicateurs Multiples en l'an 2000 (Multiple Indicators Cluster Survey - MICS 2000) a été réalisée au niveau national avec un échantillon représentatif des ménages, des femmes et des enfants. Les différents objectifs de cette enquête ont permis d'obtenir des données qui rendent compte de la situation des enfants et des femmes en République Centrafricaine à la fin de la décennie 1990-2000. Ces données permettent non seulement de disposer des indicateurs fiables de mesure des efforts fournis par le Gouvernement relatifs aux engagements pris au cours du Sommet Mondial pour les enfants mais aussi d'asseoir de bonnes bases pour des actions futures. Les principaux résultats obtenus par domaine sont les suivants :

Mortalité infanto-juvénile

Les données de l'enquête MICS 2000 donnent une estimation du niveau de la mortalité infantile, juvénile et infanto-juvénile. Les différents taux obtenus au niveau national sont :

- Taux de mortalité infantile égal à 130,6 ‰ ;
- Taux de mortalité juvénile égal à 73,4 ‰ ;
- Taux de mortalité infanto-juvénile égal à 194 ‰ .

Education

Le Taux Net de Scolarisation au primaire (6-11 ans) n'est que de 43 % dont 46,5 % chez les garçons contre 39,1 % chez les filles. Très peu d'enfants inscrits en première année du primaire atteignent la 6^{ème} année : sur 100 enfants au départ, seulement 7 arrivent en classe de CM2.

Selon les résultats, seulement 48,6 % de la population centrafricaine âgée de 15 ans et plus sait lire et comprendre un journal sans difficulté. Cette proportion est de 64,7 % chez les hommes contre 33,5 % chez les femmes.

Les données révèlent que 47 % des enfants de la tranche d'âges 5-17 ans n'ont jamais été à l'école dont 41,5 % pour les garçons et 52,7 % pour les filles.

Eau et Assainissement

Les résultats indiquent que 55 % de la population centrafricaine a accès à une source d'eau de boisson potable et 68 % utilisent une source d'eau de boisson salubre.

Pour ce qui concerne les types d'installation sanitaire, 25,6 % de la population a accès à un système sanitaire adéquat d'évacuation des excréments.

Etat nutritionnel des enfants

Les données montrent que 24,3 % des enfants de moins de cinq ans souffrent d'insuffisance pondérale modérée tandis que 6 % souffrent d'insuffisance pondérale sévère ; 38,9 % des enfants âgés de moins de cinq ans souffrent de retard de croissance modérée et 19,1 % connaissent un retard sévère de croissance et 8,9 % sont émaciés de façon modérée contre 2,1 % le sont de façon sévère.

Allaitement au sein

Dans l'ensemble 21,5 % des enfants âgés de 0 à 3 mois sont allaités exclusivement au sein ; 77,0 % des enfants de la tranche d'âges 6-9 mois ont reçu un complément alimentaire et 89,8 % de ceux âgés de 12-15 mois reçoivent un allaitement continu, de même que 52,6 % des enfants de la tranche d'âges 20-23 mois.

Sel iodé

86,5 % de la population du pays consomme du sel suffisamment iodé. Ce taux est de 86,9% en milieu urbain contre 86,2% en milieu rural.

Supplémentation en vitamine A

Les résultats ont révélé que 9,5 % des enfants âgés de 6-59 mois ont reçu une dose de supplémentation en vitamine A au cours des six derniers mois ayant précédé l'enquête ; 15 % d'enfants ont reçu la supplémentation en vitamine A au cours de l'année.

Faible poids à la naissance : 13 % d'enfants ont un faible poids à la naissance.

Couverture vaccinale

Les taux de couverture vaccinale par antigène avant le premier anniversaire parmi les enfants de la tranche d'âges 12-23 mois sont les suivants : BCG : (61,8 %) ; DPT1 (55,1 %) ; DPT2 (44,8 %) et DPT3 (33,0 %) ; Polio0 (66,3 %) ; Polio1 (52,9 %) ; Polio2 (52,9%) ; Polio3 (36,3%) ; Rougeole (37,0 %). Ces taux varient énormément selon le milieu de résidence : BCG : 88,7 % en milieu urbain contre 46,1 % en milieu rural ; DPT3 : 54,7 % en milieu urbain contre 20,3 % en milieu rural ; Polio3 : 56,9 % en milieu urbain contre 24,3 % en milieu rural ; Rougeole : 59,5 % en milieu urbain contre 23,9 % en milieu rural.

Diarrhée

La prévalence des maladies diarrhéiques est évaluée à 25,7 % chez les enfants de moins de 5 ans. Cette prévalence est de 23,8 % en milieu urbain et de 27 % en milieu rural.

Infections Respiratoires Aiguës (IRA)

10,3 % des enfants de moins de 5 ans ont souffert des IRA dans les deux semaines ayant précédé l'interview dont 8 % en milieu urbain contre 11,7 % en milieu rural.

Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance à domicile (PCIME)

Les résultats montrent que 38,2 % des personnes en charge des enfants de moins de 5 ans connaissent au moins deux signes de gravité de maladie et recherchent les soins appropriés pour les enfants malades. Ce niveau de connaissance de deux signes de gravité d'une maladie est de 41,2 % en milieu urbain et de 36,3 % en milieu rural ; 34 % de personnes à charge des enfants savent prendre en charge correctement à domicile les maladies de l'enfance conformément aux recommandations de l'OMS et de l'UNICEF.

Paludisme

La prévalence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans est de 31,8 % au niveau national. Ce taux est plus élevé en milieu rural (34,4 %) qu'en milieu urbain (27,7 %).

VIH/SIDA

En tout, 66,4 % des femmes âgées de 15-49 ans en RCA ont entendu parler du SIDA. 50 % des femmes ont déclaré connaître aucun moyen de prévention de la transmission du VIH. Seulement 3 % des femmes ont une bonne connaissance des moyens de transmission du VIH/SIDA.

Pratique de la contraception

65 % de femmes ont eu leurs premiers rapports sexuels dans la tranche d'âge 15-19 ans. Le taux de prévalence contraceptive chez les femmes âgées de 15-49 ans en union est évalué à 28 % au niveau national dont 7 % pour la contraception moderne et 21 % pour la contraception traditionnelle. Ce taux est de 34,4% en milieu urbain contre 23,8 % en milieu rural.

Soins prénatals

Dans l'ensemble, 61,3 % de femmes ont reçu le Vaccin Anti Tétanique ; 69 % de femmes ont effectué au moins une visite prénatale ; 34 % de femmes ont effectué au moins 4 visites prénatales et 31 % n'ont pas effectué de visites. Les soins prénatals sont assurés par 62 % du personnel de santé ; En outre, 68 % de femmes enceintes ont reçu la cure de chloroquine pour la prévention du paludisme et 54,5 % ont reçu le capsule de fer pour la prévention de l'anémie.

Assistance des femmes à l'accouchement

Dans l'ensemble, 52,4 % des femmes accouchent à domicile ; 44 % des femmes enceintes bénéficient de l'assistance d'un personnel de santé qualifié au moment de leur accouchement.

Le taux d'accouchement assisté est plus élevé en milieu urbain (73,8 %) qu'en milieu rural (26,2 %).

Déclaration des naissances

72,5 % des enfants âgés de moins de 5 ans sont enregistrés à leur naissance dont 87,5 % en milieu urbain contre 63 % en milieu rural.

Orphelinage et Tutelle

10,2 % des enfants de moins de 15 ans sont orphelins d'au moins un de leurs parents biologiques : 1,5 % des enfants ont perdu les deux parents, 2,5 % ont perdu leur mère et 6,2 % leur père ; 11,1 % de ces enfants vivent sous la tutelle d'un parent dont 6,4 % ont encore leurs parents biologiques en vie, 1,3 % ont leur père en vie, 1,9 % leur mère en vie et 1,3 % n'ont aucun parent biologique en vie.

Travail des enfants

63,5 % des enfants de moins de 15 ans travaillent dont 51,9 % en milieu urbain et 71 % en milieu rural. Ceux qui font un travail rémunéré représentent 3,3 % au niveau national ; leur proportion est de 3,9 % en milieu rural contre 2,3 % en milieu urbain ; 71,4 % de ces enfants effectuent des travaux domestiques de moins de 4 heures par jour et 8,9 % de plus de 4 heures.

Protection de la femme

Presque 4 femmes sur 10 sont excisées dans le pays pour raison de respect de coutume et de tradition ; 45,4 % de femmes ont déclaré avoir été déjà victimes de violence corporelle surtout de la part de leur mari (76,7 %) ; 51,6 % des femmes ont subi une violence morale.

Environ 1/3 des femmes ont déjà été victimes de viol avec 35,6 % intervenus 3 fois ou plus et 10 % des cas perpétrés par une tierce personne; 14,1 % des femmes reconnaissent avoir été victimes de harcèlement sexuel; 9,5 % des femmes ont été contraintes à la prostitution parmi lesquelles 61,5 % sont des adolescentes.

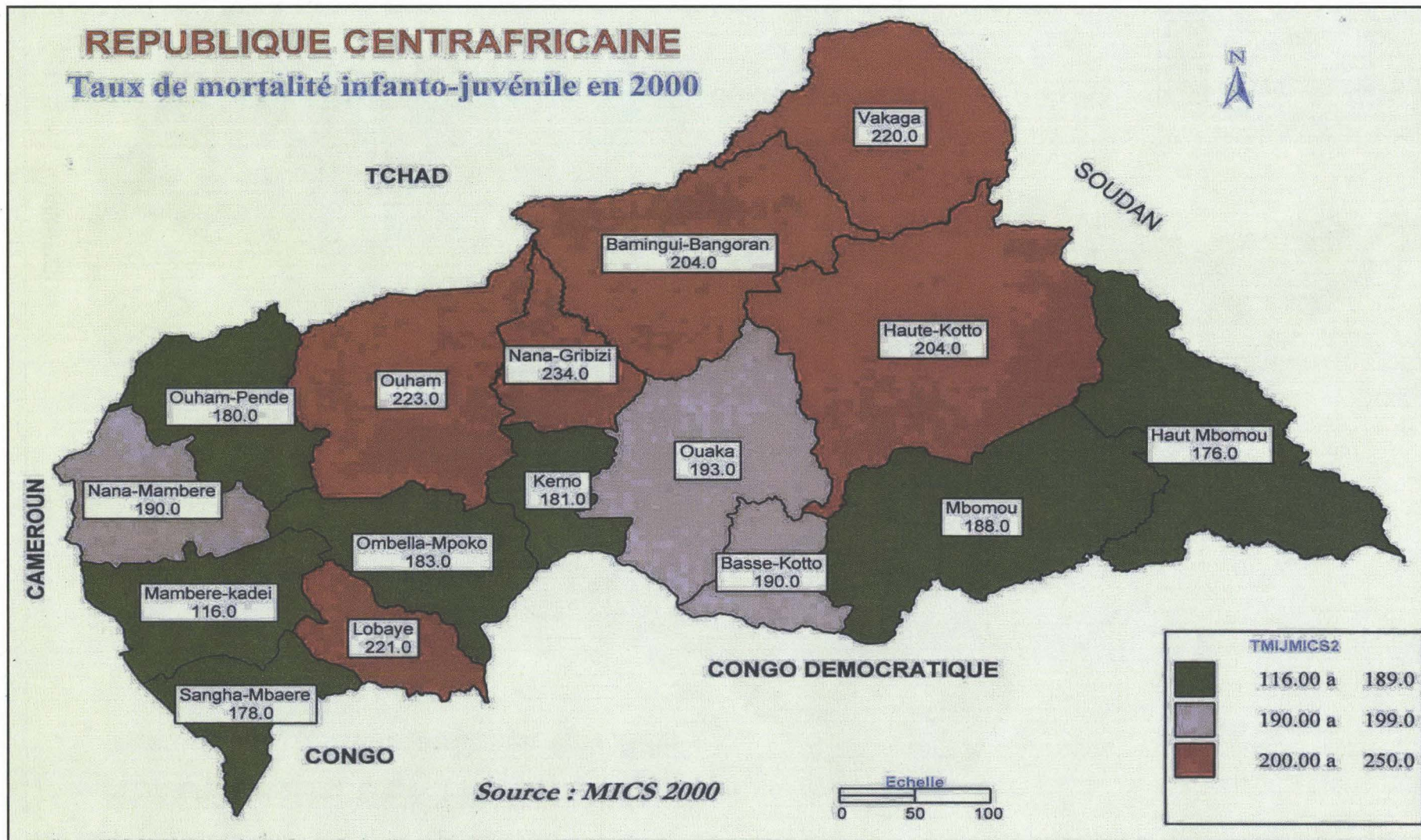
40,2 % des veuves ont déclaré avoir été dépossédées de biens d'héritage de leur défunt mari; 56 % des femmes veuves ou divorcées ont perdu le gardiennage de leur enfant à bas âge.

PRINCIPAUX INDICATEURS

Taux de mortalité infanto-juvénile	Probabilité de décéder avant le cinquième anniversaire	194 ‰
Taux de mortalité infantile	Probabilité de décéder avant le premier anniversaire	130,6 ‰
Taux d'insuffisance pondérale	Pourcentage des enfants de moins de cinq ans ayant un faible poids par rapport à leur âge	24,3 ‰
Taux de rachitisme (Retard de croissance)	Pourcentage des enfants de moins de cinq ans ayant une faible taille par rapport à leur âge	39 ‰ 39
Taux d'émaciation	Pourcentage des enfants de moins de cinq ans ayant un faible poids par rapport à leur taille	9 ‰
Utilisation de l'eau de boisson salubre	Pourcentage de la population utilisant une source d'eau de boisson salubre ou potable	69% ou 55%
Taux de latrines adéquates	Pourcentage de la population qui utilise des latrines adéquates	25,6 ‰
Enfant ayant atteint la cinquième année	Pourcentage des enfants inscrits en première année du primaire qui atteignent la cinquième année	11,8 ‰
Taux net de scolarisation au primaire	Pourcentage des enfants d'âge scolaire qui fréquentent un établissement scolaire	43 ‰
Taux d'alphabétisation	Pourcentage de la population âgée de 15 ans ou plus sachant lire une lettre ou un journal sans difficulté	48,6 ‰
Soins prénatals	Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans consultées au cours des soins prénatals par un personnel qualifié	62 ‰
Prévalence contraceptive	Pourcentage des femmes en union âgées de 15-49 ans qui utilisent une méthode contraceptive quelconque	28 ‰
Assistance à l'accouchement	Pourcentage de naissances assistées par un personnel qualifié	44 ‰
Poids à la naissance inférieur à 2,5 kg.	Pourcentage de naissances vivantes pesant moins de 2500 grammes	13 ‰
Consommation du sel iodé	Pourcentage de ménages consommant suffisamment du sel iodé	86,5 ‰
Enfant ayant reçu une supplémentation en vitamine A	Pourcentage des enfants de 6-59 mois ayant reçu une supplémentation en vitamine A au cours de 6 derniers mois	9,5 ‰
Mère ayant reçu une supplémentation en vitamine A	Pourcentage de mères ayant reçu une supplémentation en vitamine A avant que leurs enfants soient âgés de 8 semaines	ND
Taux d'allaitement maternel exclusif	Pourcentage des enfants âgés de moins de 4 mois exclusivement allaités au sein	21,5 ‰
Taux d'alimentation complémentaire	Pourcentage des enfants de 6-9 mois ayant reçu le lait maternel et les aliments complémentaires	77 ‰
Taux d'allaitement continué	Pourcentage des enfants âgés de 12-15 mois et 20-23 qui sont allaités au sein	38,1 ‰(1215) 12,2 ‰(2023)
Couverture vaccinale contre le DTC	Pourcentage des enfants vaccinés contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos (3 ^e dose)	33 ‰
Couverture vaccinale contre la rougeole	Pourcentage des enfants vaccinés contre la rougeole (avant 1 ^{er} anniversaire)	37 ‰
Couverture vaccinale contre la poliomyélite	Pourcentage des enfants vaccinés contre la poliomyélite (3 ^e dose)	36,3 ‰
Couverture vaccinale contre la tuberculose	Pourcentage des enfants vaccinés contre la tuberculose avant 1 ^{er} anniversaire	61,8 ‰
Enfant protégé contre le tétanos néonatal	Pourcentage des enfants de moins de un an protégés contre le tétanos néonatal à travers la vaccination de leurs mères	61,3 ‰
Utilisation de TRO	Pourcentage des enfants de moins de cinq ans ayant souffert de diarrhée au cours de deux dernières semaines qui ont reçu un TRO ou autre solution préparée à la maison	91 ‰
Traitement de la diarrhée à domicile	Pourcentage des enfants de moins de cinq ans qui ont souffert de diarrhée au cours des deux dernières semaines et qui ont reçu de liquide et ont continué d'être allaités durant l'épisode	34 ‰

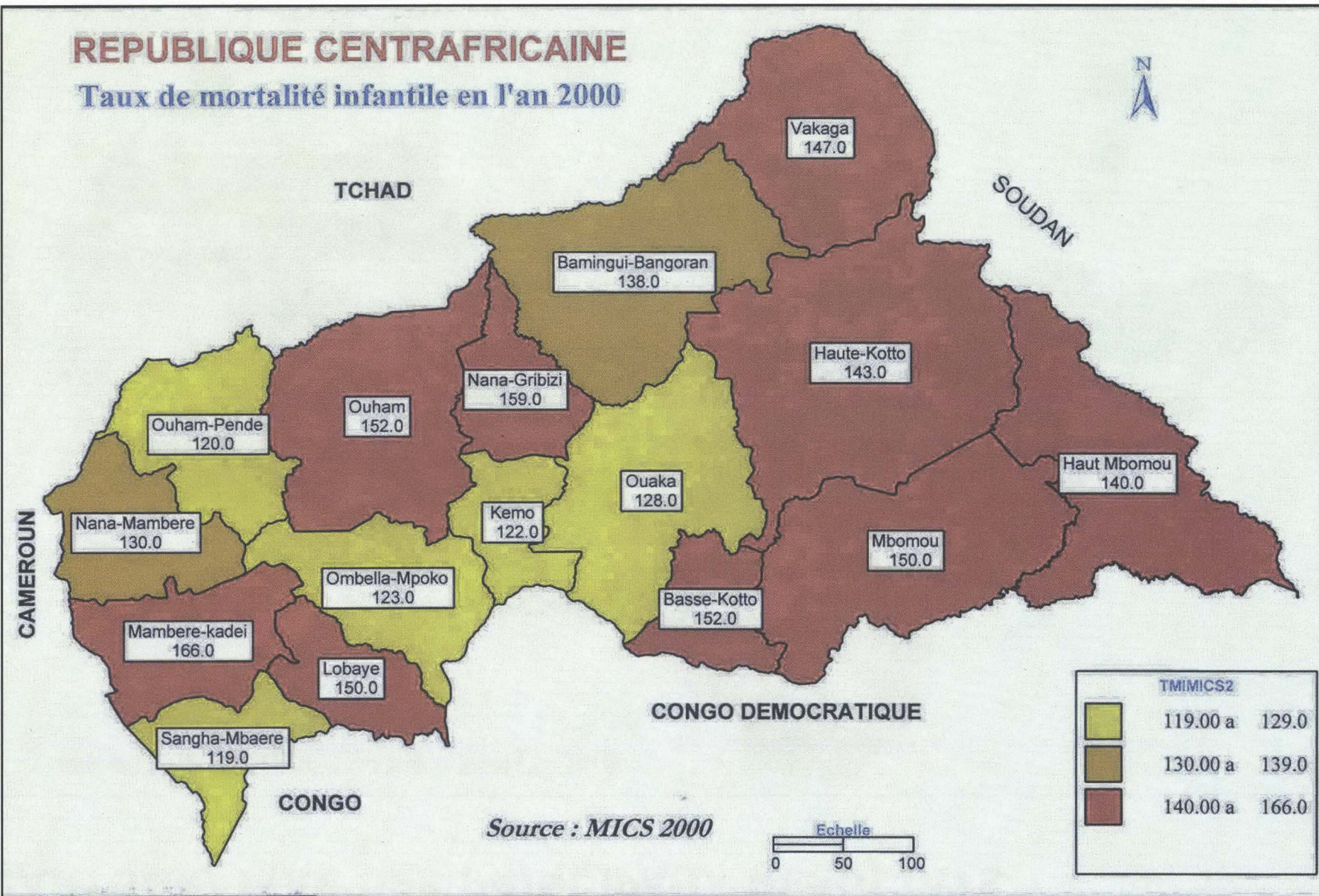
Traitement des IRA	Pourcentage des enfants de moins de cinq ans qui ont souffert des IRA au cours des douze derniers mois et qui ont été consulté par un fournisseur en soins de santé	52 %
Développement préscolaire	Pourcentage des enfants de 36-59 mois fréquentant un programme organisé d'éducation préscolaire	2,7 %
Indicateurs pour le suivi des droits de l'enfant		
Enregistrement des naissances	Pourcentage des enfants de moins de cinq ans dont la naissance est déclarée dans un centre d'Etat civil	73 %
Tutelle des enfants	Pourcentage des enfants de 0-14 ans vivant dans le ménage sans les parents biologiques	7,3 %
Orphelinage des enfants	Pourcentage des enfants de 0-14 ans qui sont des orphelins vivant dans le ménage	2 % (les 2 parents) 10,2% (un des parents)
Travail des enfants	Pourcentage des enfants de 5-14 ans qui travaillent actuellement	64 %
Indicateurs pour le suivi de la Prise En Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance et de la Fièvre		
Traitement des maladies à domicile	Pourcentage des enfants déclarés malades au cours des deux dernières semaines et qui ont reçu une alimentation liquide et qui continuent d'être allaités	34 %
Connaissance de signes de gravité	Pourcentage des personnes en charge des enfants de moins de cinq ans qui connaissent au moins deux symptômes nécessitant un soin immédiat	38 %
Moustiquaire	Pourcentage des enfants de moins de cinq ans qui dorment sous une moustiquaire imprégnée	5 %
Traitement de la fièvre	Pourcentage des enfants de moins de cinq ans qui ont fait la fièvre au cours des deux dernières semaines et qui ont reçu un traitement approprié pendant la période de fièvre (anti-paludéen)	66 %
Indicateurs pour le suivi du VIH/SIDA		
Connaissance des moyens de prévention du VIH/SIDA	Pourcentage des femmes qui ont une bonne connaissance des trois moyens de prévention de l'infection par le VIH	15 %
Connaissance des moyens erronés de transmission du VIH/SIDA	Pourcentage des femmes qui ont une bonne connaissance des trois moyens erronés de transmission du VIH/SIDA	12 %
Connaissance de la transmission VIH de la mère à l'enfant	Pourcentage des femmes qui ont une bonne connaissance de transmission du VIH de la mère à l'enfant	35 %
Attitude à l'égard des personnes vivant avec le VIH/SIDA	Pourcentage des femmes qui ont une attitude discriminatoire à l'égard des personnes malades du VIH/SIDA	41 %
Femme connaissant un lieu de dépistage du VIH	Pourcentage de femmes qui connaissent un lieu pour le test de dépistage du VIH	28 %
Femmes qui ont subi le test de dépistage du VIH	Pourcentage des femmes qui ont été testées pour le VIH	11 %

CARTOGRAPHIE DES PRINCIPAUX RESULTATS

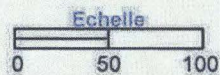


REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

Taux de mortalité infantile en l'an 2000



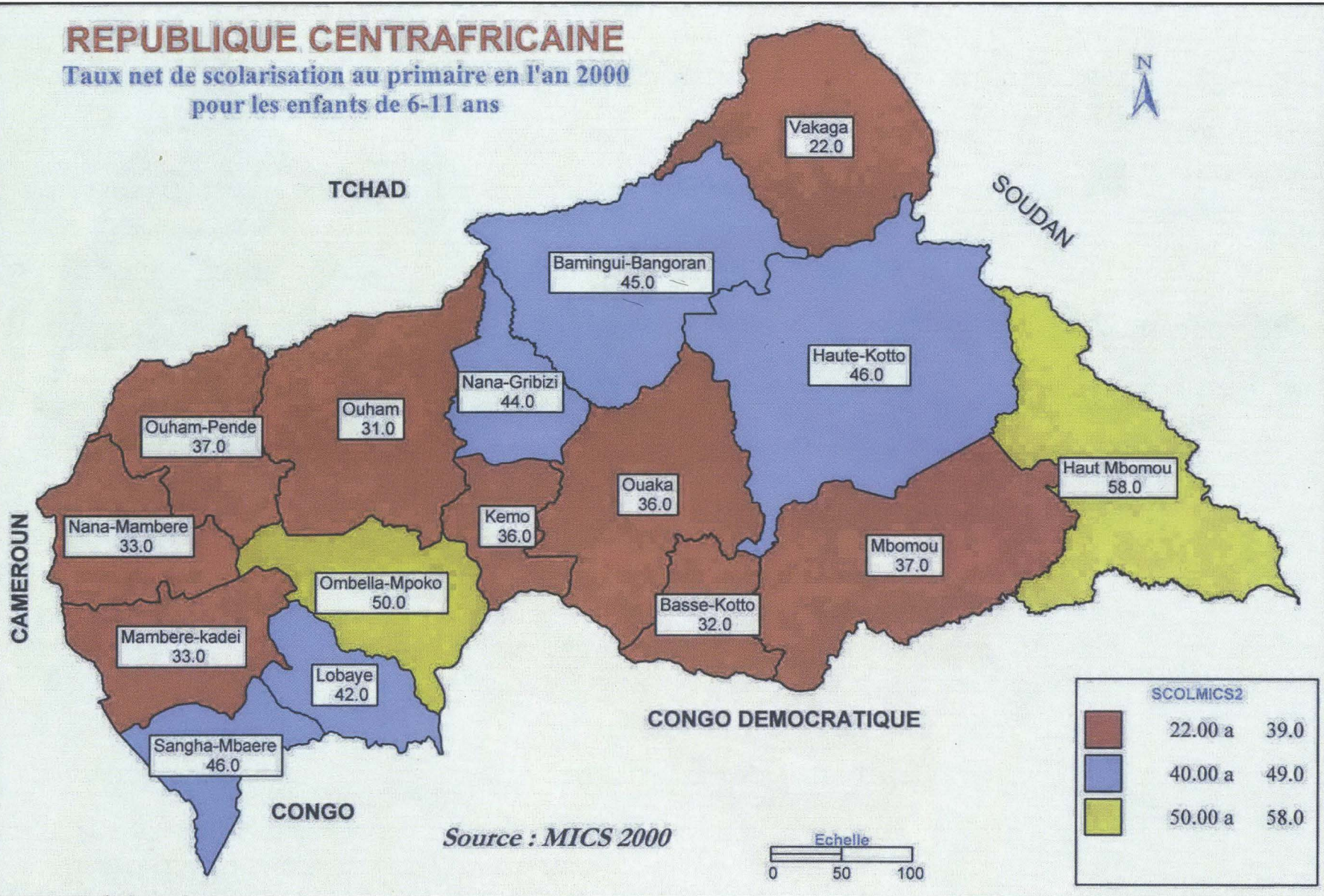
Source : MICS 2000



TMIMICS2		
	119.00 a	129.0
	130.00 a	139.0
	140.00 a	166.0

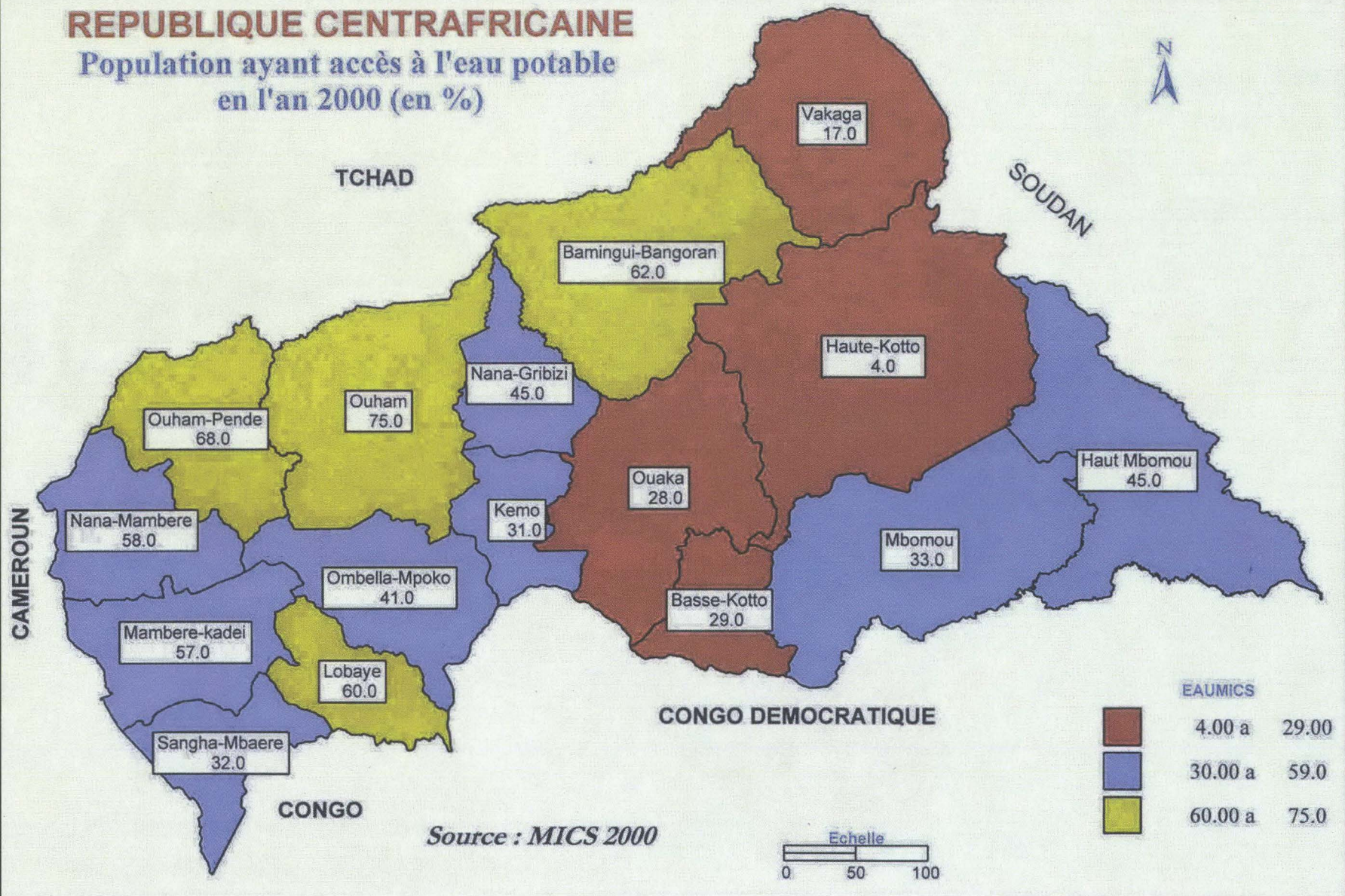
REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

Taux net de scolarisation au primaire en l'an 2000
pour les enfants de 6-11 ans



REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

Population ayant accès à l'eau potable en l'an 2000 (en %)

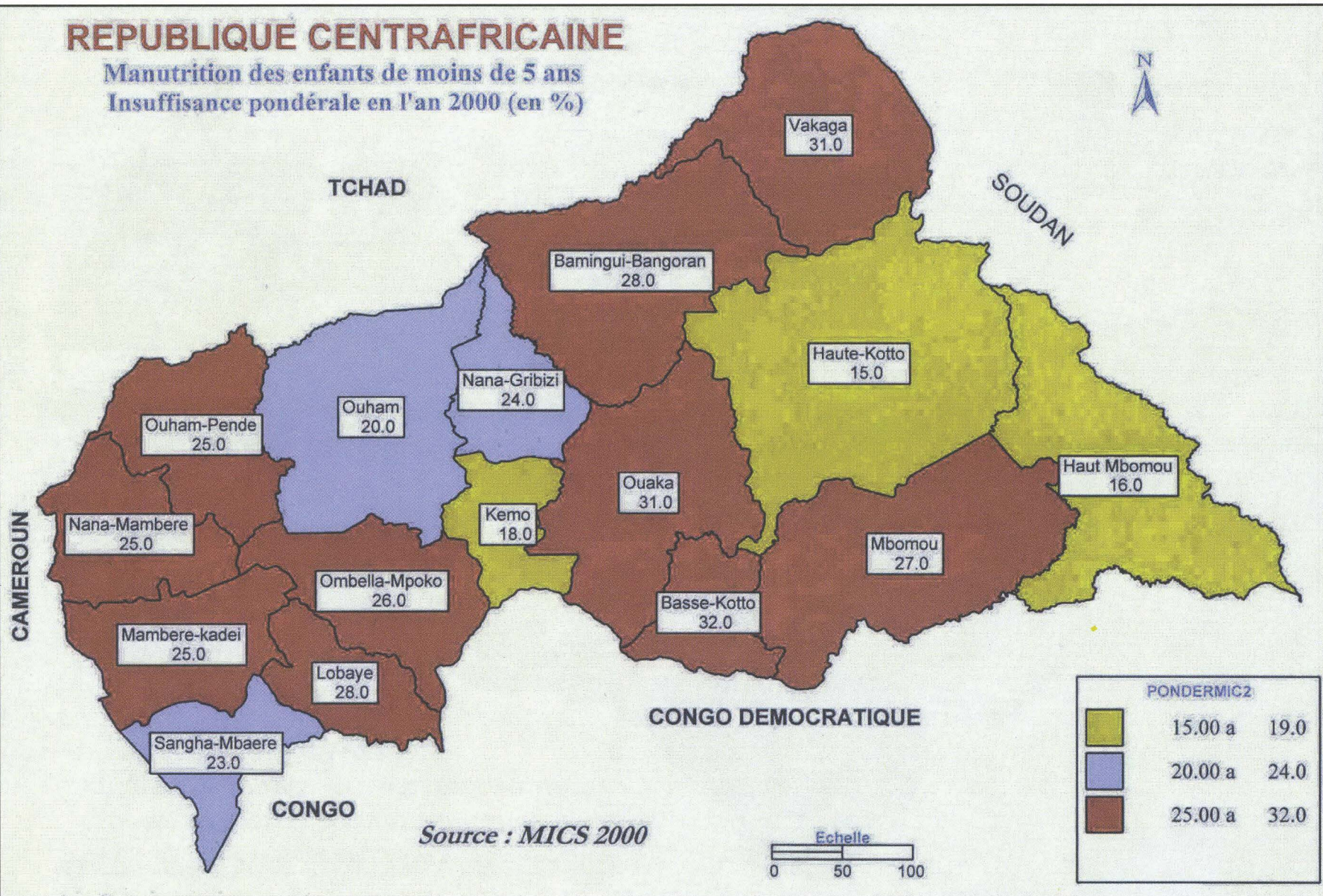


Source : MICS 2000

ixxxx

REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

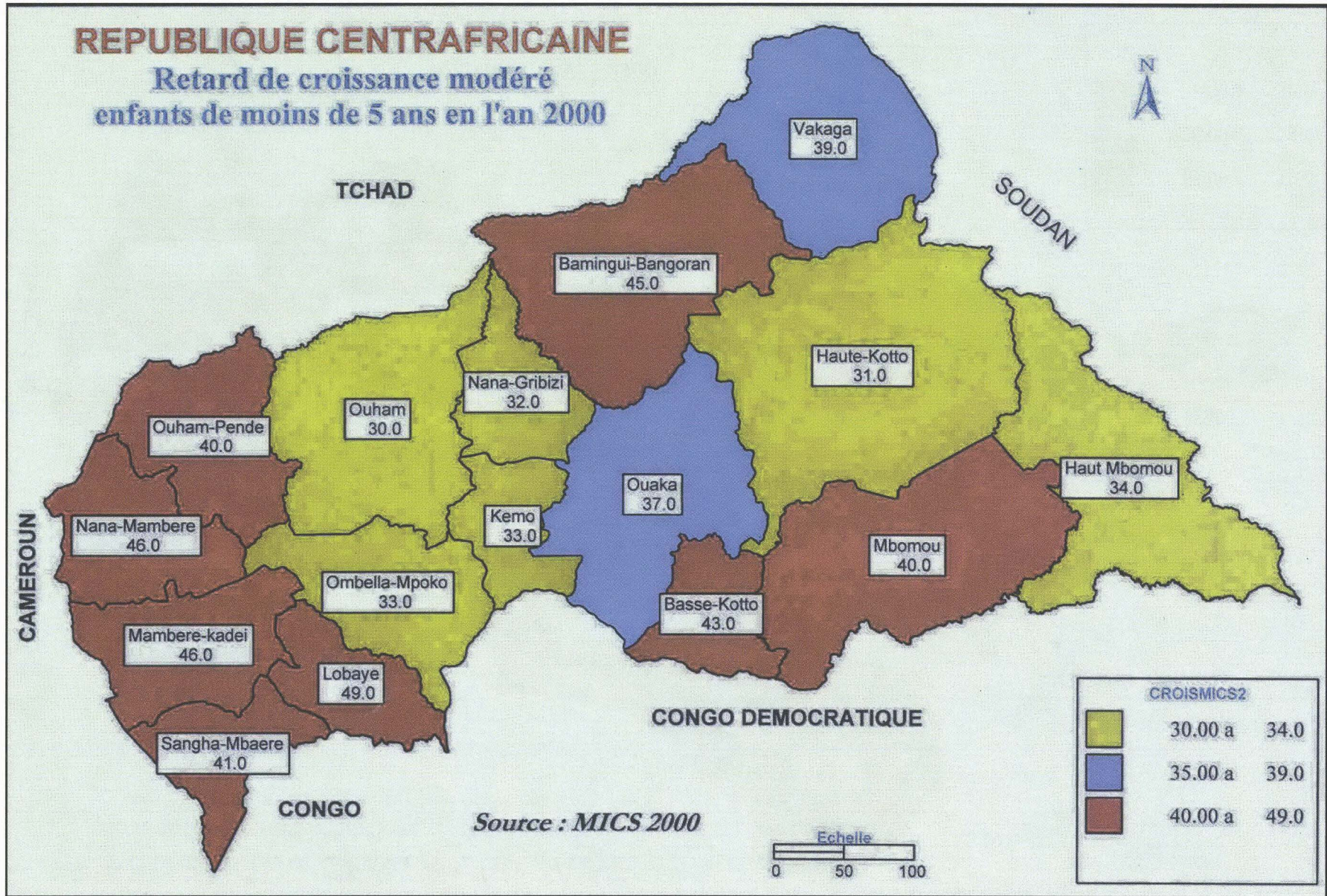
Manutrition des enfants de moins de 5 ans
Insuffisance pondérale en l'an 2000 (en %)



111111

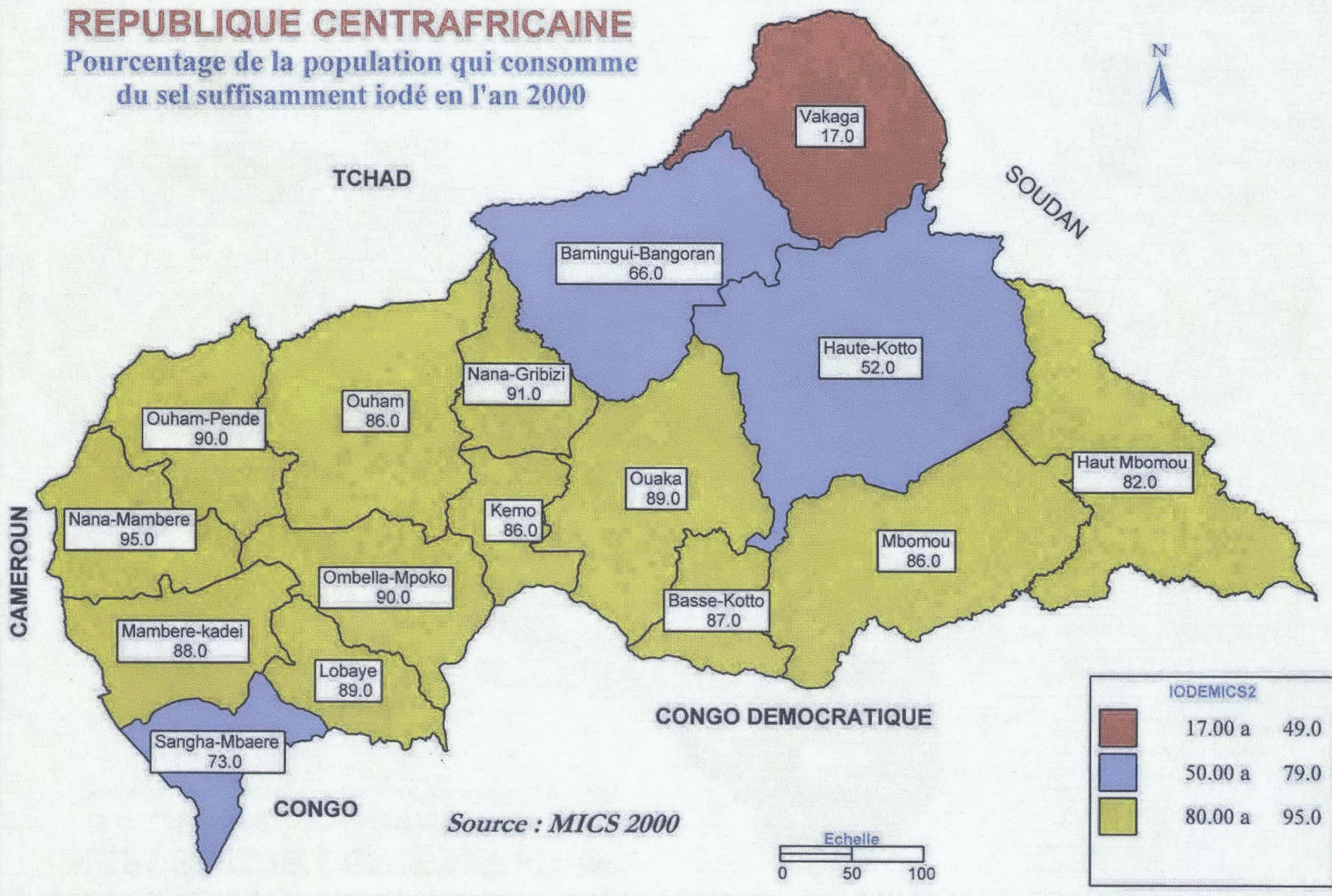
REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

Retard de croissance modéré enfants de moins de 5 ans en l'an 2000

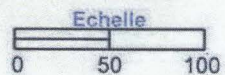


REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

Pourcentage de la population qui consomme du sel suffisamment iodé en l'an 2000



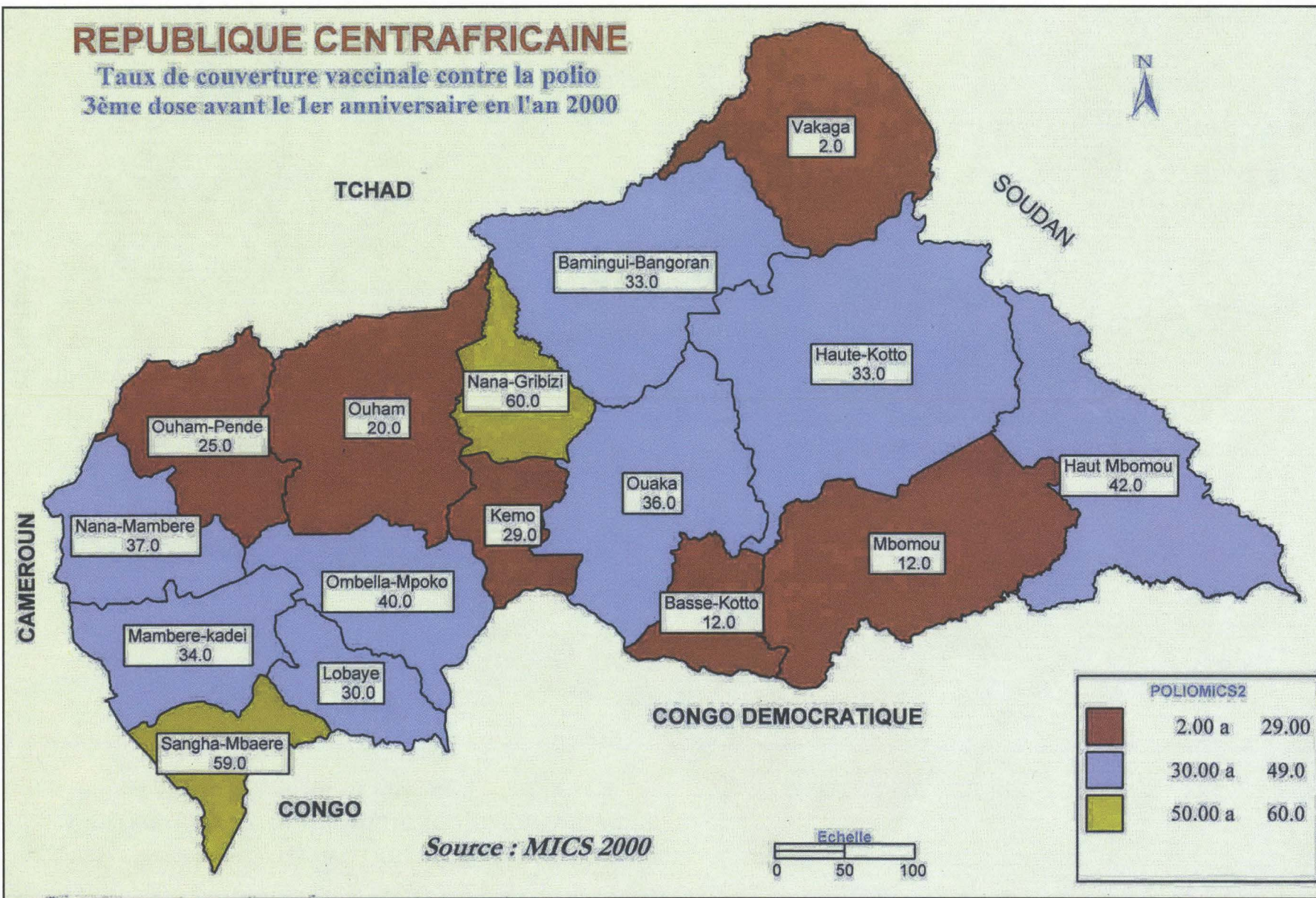
Source : MICS 2000



IODEMICS2		
[Red Box]	17.00 a	49.0
[Blue Box]	50.00 a	79.0
[Yellow Box]	80.00 a	95.0

REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

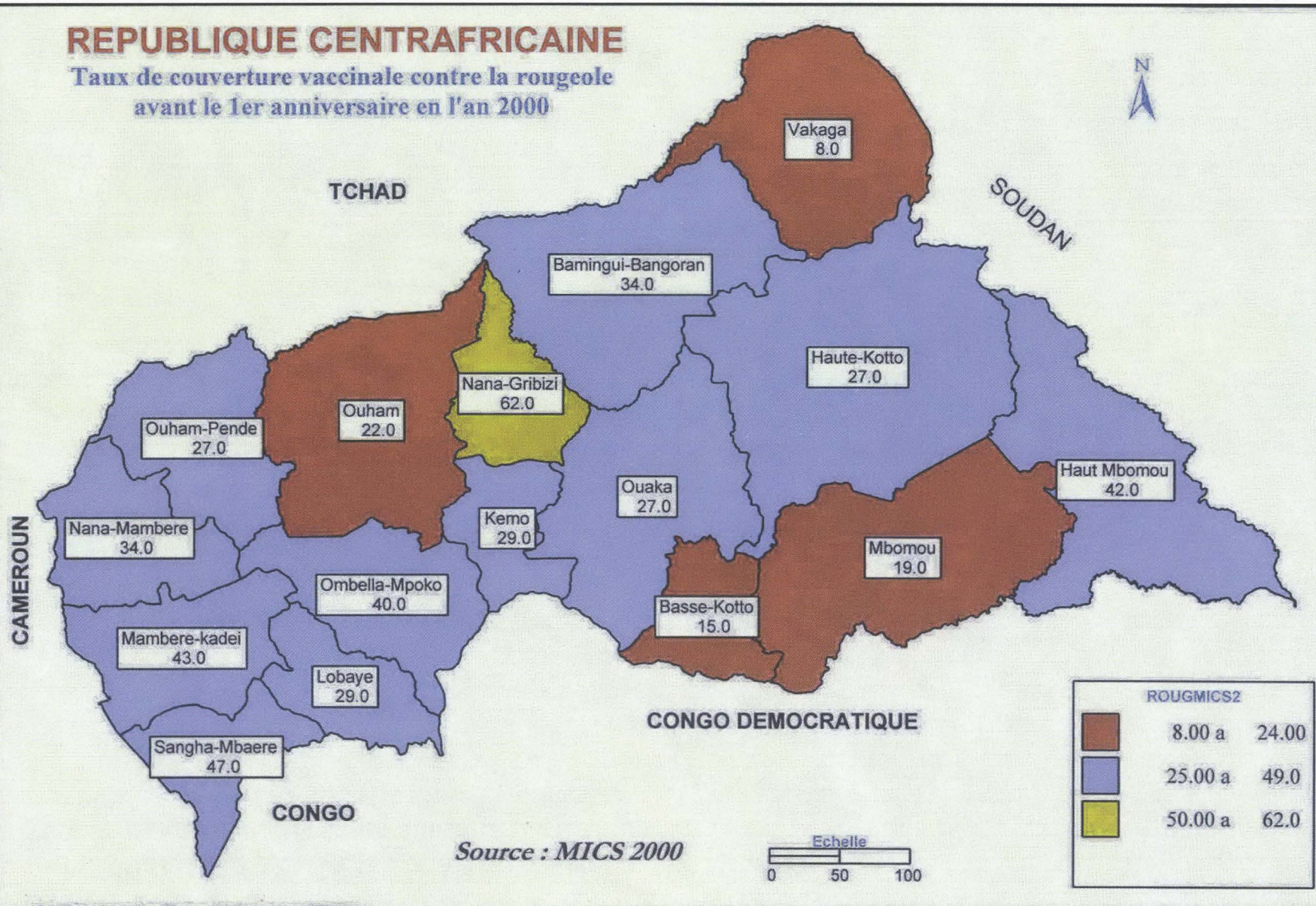
Taux de couverture vaccinale contre la polio
3ème dose avant le 1er anniversaire en l'an 2000



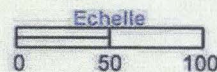
Source : MICS 2000

REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

Taux de couverture vaccinale contre la rougeole avant le 1er anniversaire en l'an 2000



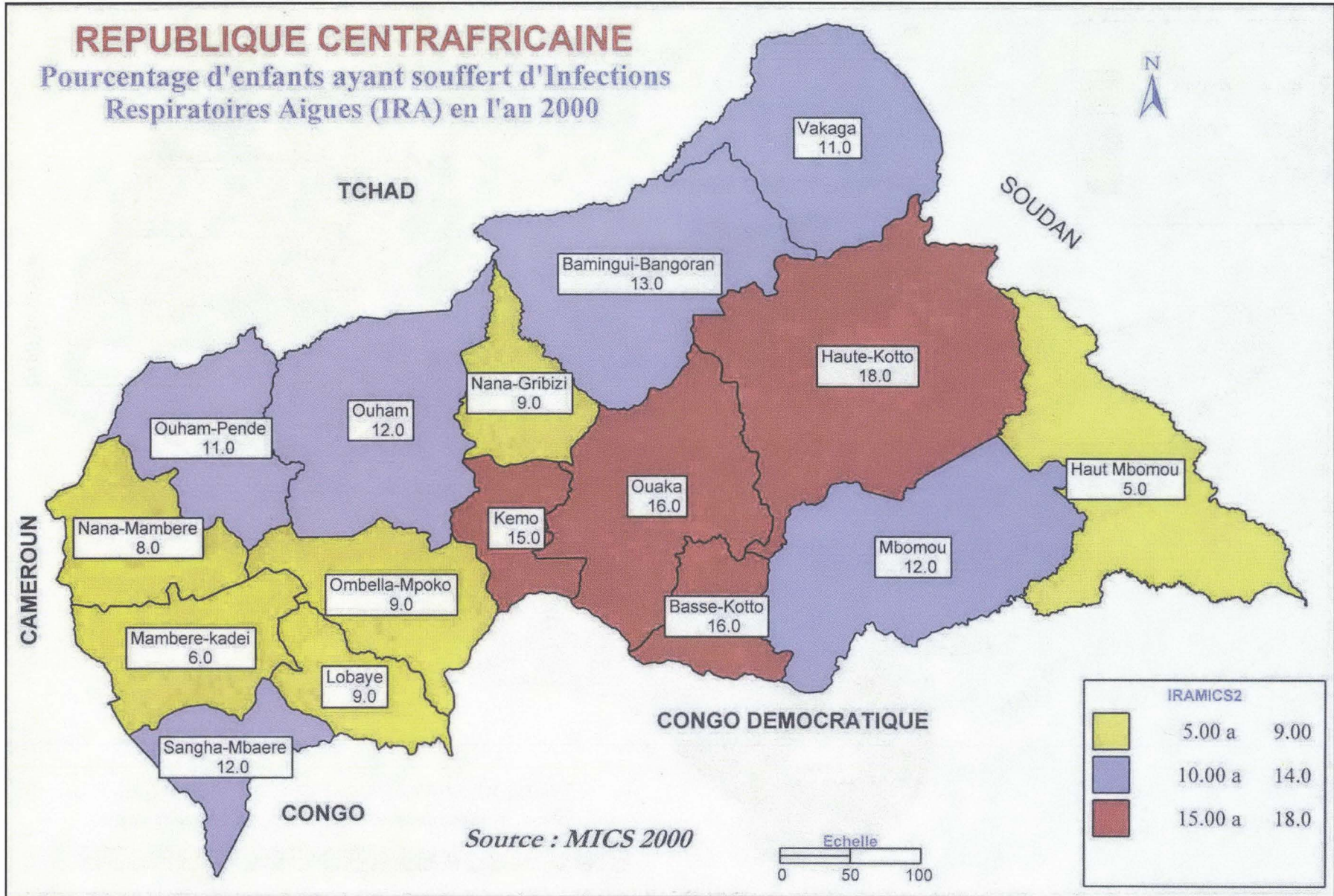
Source : MICS 2000



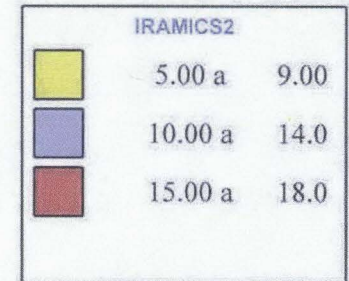
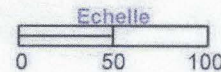
ROUGMICS2	
8.00 a 24.00	(Dark Red)
25.00 a 49.00	(Blue)
50.00 a 62.00	(Yellow)

REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

Pourcentage d'enfants ayant souffert d'Infections Respiratoires Aigues (IRA) en l'an 2000

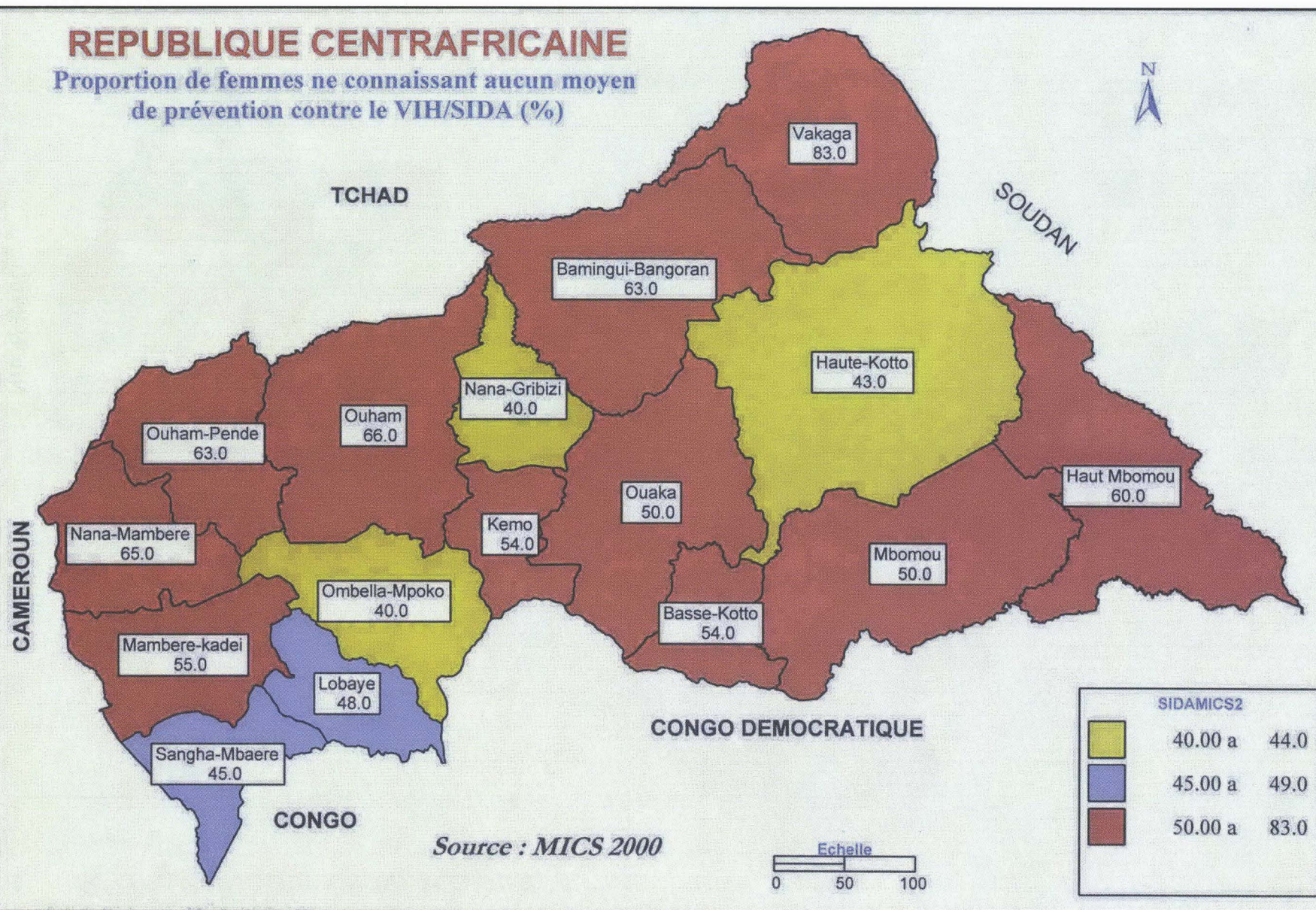


Source : MICS 2000

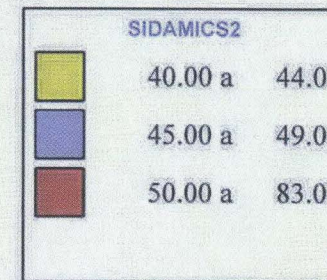
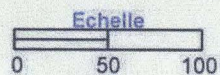


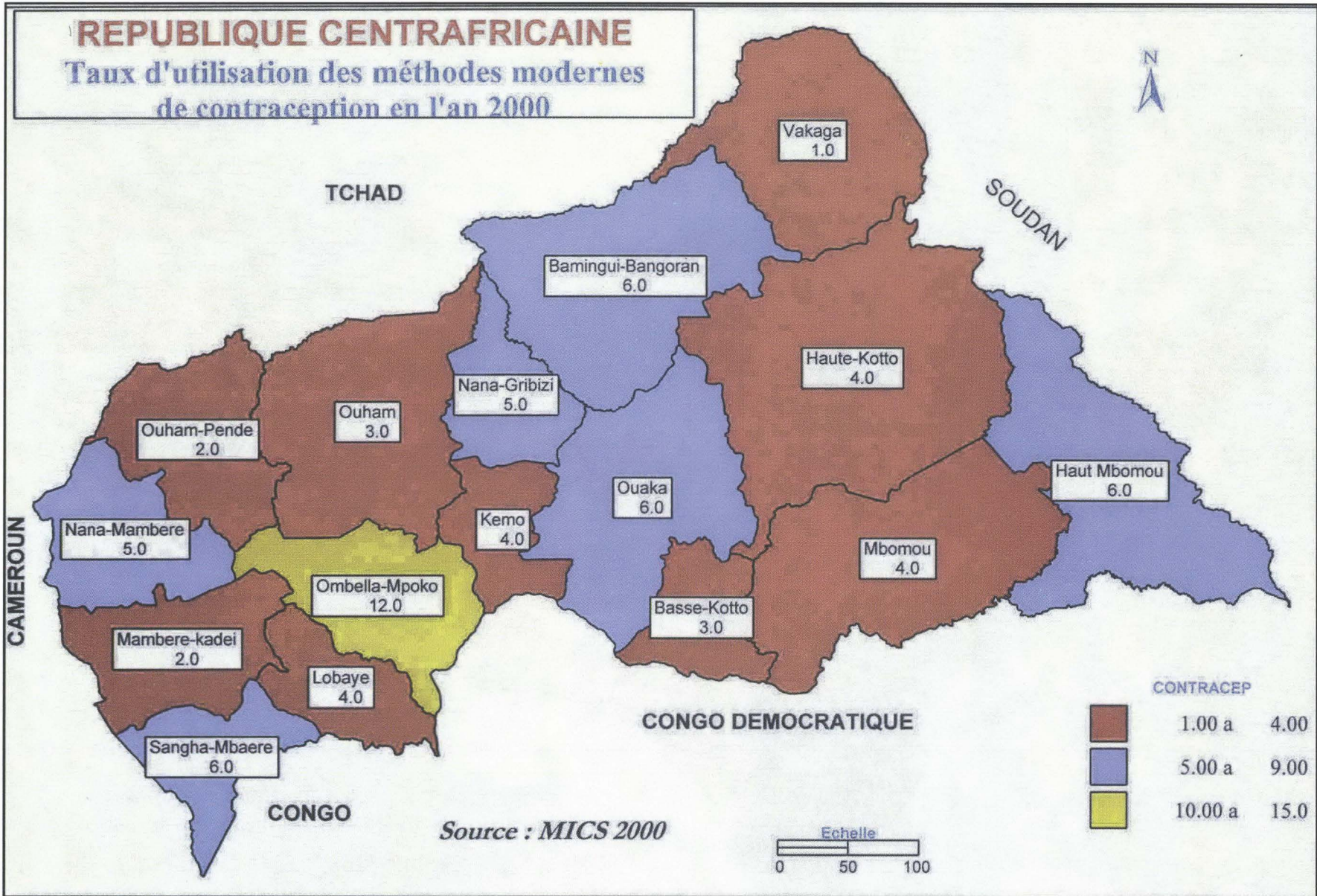
REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

Proportion de femmes ne connaissant aucun moyen de prévention contre le VIH/SIDA (%)



Source : MICS 2000

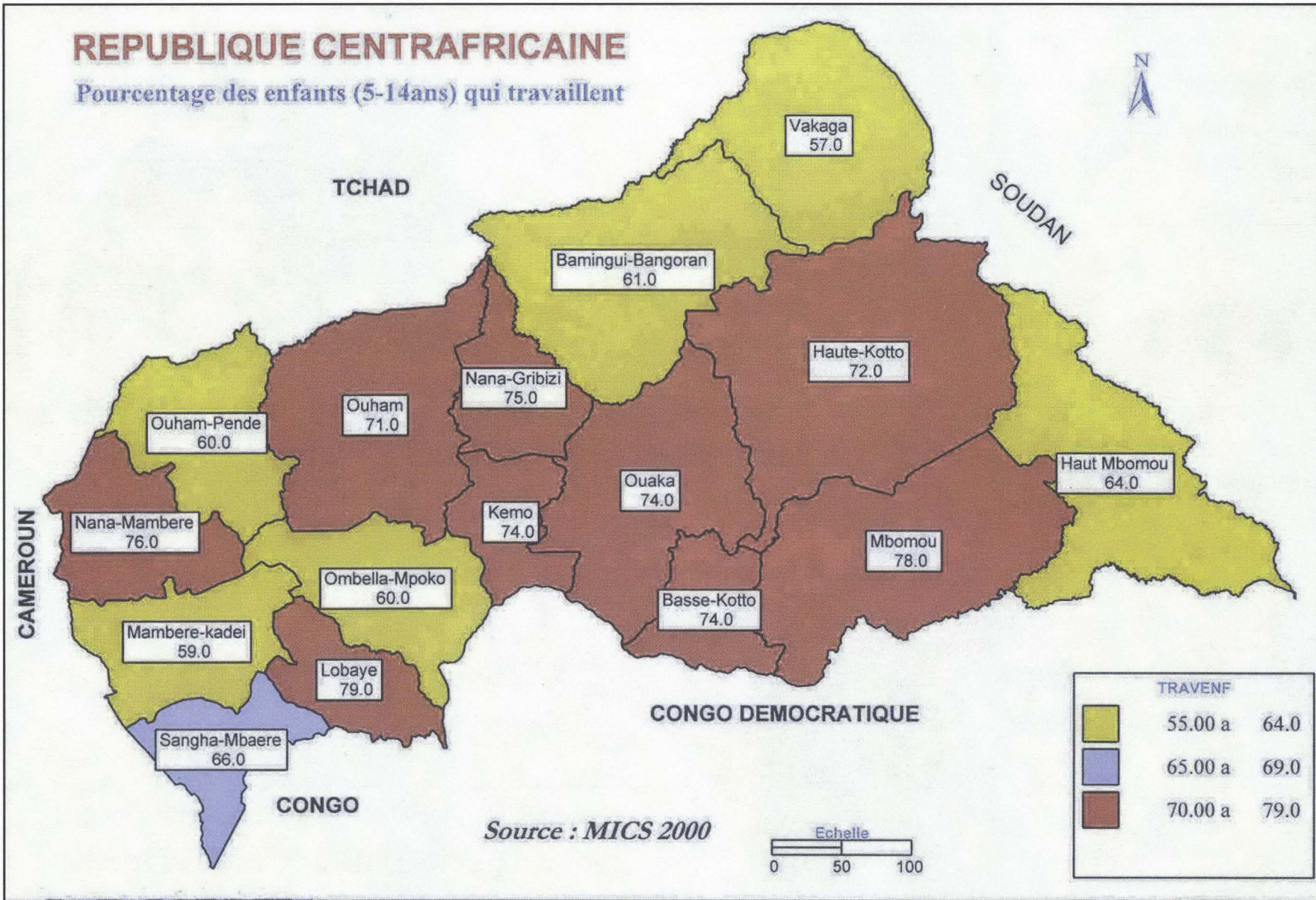


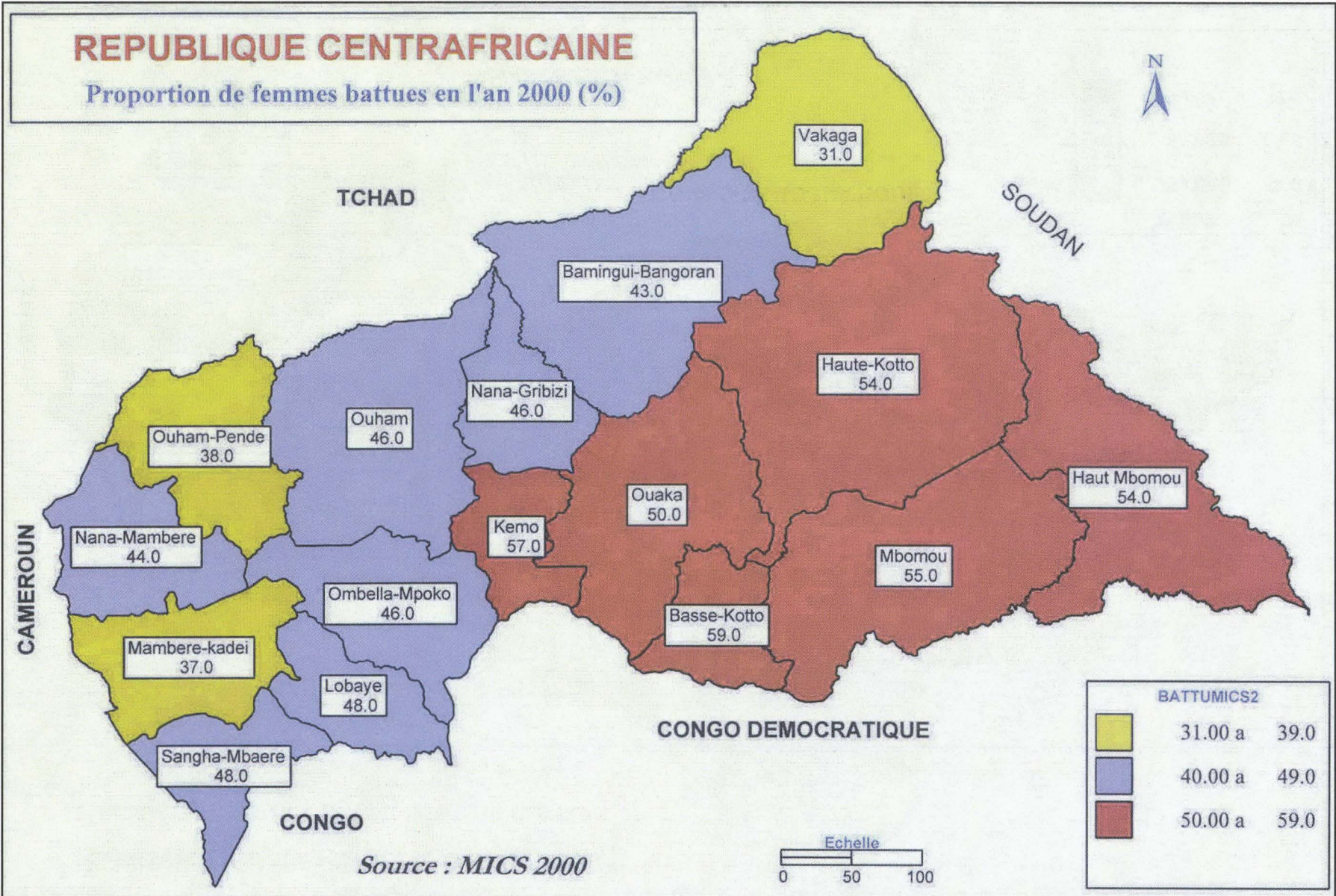


ix

REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

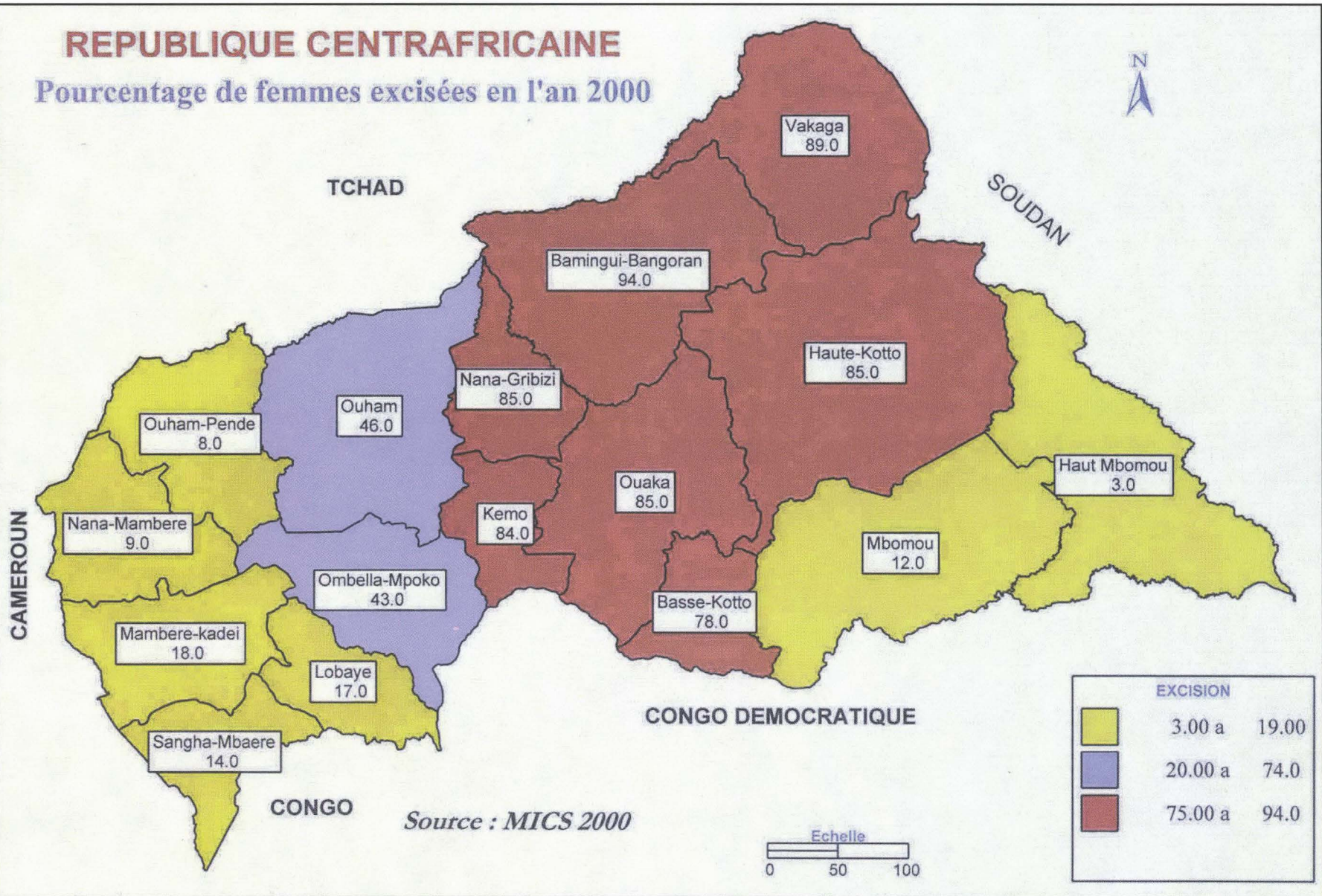
Pourcentage des enfants (5-14ans) qui travaillent





REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

Pourcentage de femmes excisées en l'an 2000



CHAPITRE 1 : CARACTERISTIQUES DU PAYS ET ORGANISATION DE L'ENQUETE

1.1 CARACTERISTIQUES DU PAYS

1.1.1 Situation géographique

La République Centrafricaine (RCA) est un pays enclavé situé au cœur du continent africain entre le 2°15 et 11° de latitude Nord et le 13° et 27° de longitude Est. Elle a une frontière commune avec le Congo Démocratique et le Congo Brazzaville au sud, le Soudan à l'Est, le Tchad au Nord et le Cameroun à l'Ouest. Elle couvre une superficie de 623.000 Km².

Le Relief de la RCA est constitué d'une vaste pénéplaine dont l'altitude varie entre 350 et 850 m, dominé par deux massifs montagneux de plus de 1000 m de hauteur à ses extrémités Est et Ouest. Le climat de la RCA est caractérisé par deux saisons : sèche et pluvieuse allant respectivement de novembre à avril et de mai à octobre. La température la plus basse se situe à 19°C et la plus haute à 34°C.

1.1.2 Organisation institutionnelle et administrative

Après avoir été territoire de l'Oubangui Chari dans le cadre de l'empire colonial français d'Outre Mer du 17 octobre 1946 au 1er décembre 1958, la République Centrafricaine a accédé à la souveraineté internationale le 13 août 1960.

Sur le plan administratif, la République Centrafricaine est divisée en 16 préfectures, 62 Sous-préfectures, 177 communes (y compris les 8 arrondissements de Bangui), 8294 villages et 1422 quartiers.

Après le changement démocratique intervenu en 1993 avec l'élection au suffrage universel de Monsieur **Ange Félix PATASSE** à la magistrature Suprême de l'Etat, une nouvelle Constitution fut adoptée par référendum, le 28 décembre 1994 et promulguée le 14 janvier 1995.

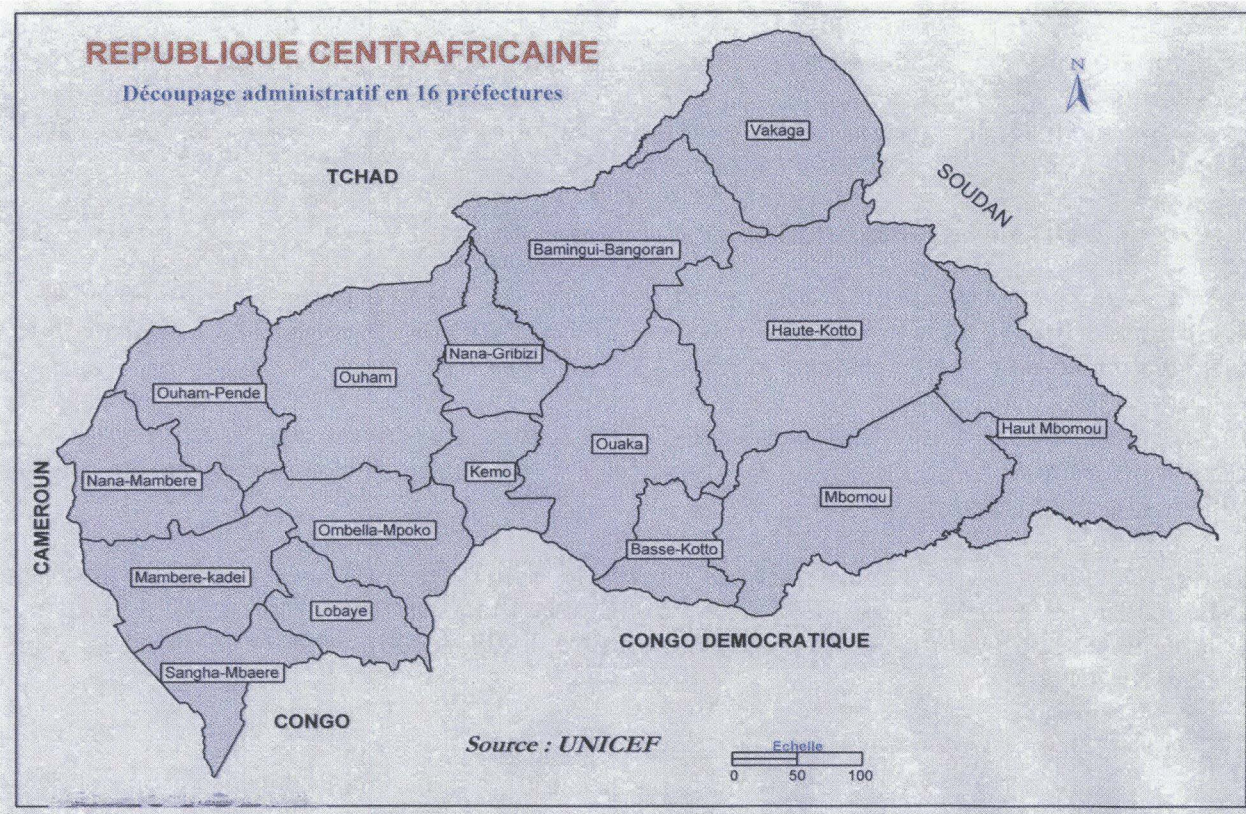
Les principales innovations que cette Constitution apporte sont les suivantes :

1. La limitation de la durée du mandat présidentiel à deux mandats de six ans chacun (art.23) ;
2. Une Cour Constitutionnelle chargée de veiller sur le contrôle de la constitutionnalité et de trancher le contentieux électoral (art.70) ;
3. L'existence d'un Pouvoir judiciaire composé de deux Ordres de juridiction :
 - Ordre judiciaire (Cour de Cassation, Cour d'Appel, les Tribunaux de Grande Instance et de Travail (art.75) ;
 - Ordre Administratif (Conseil d'Etat, le Tribunal Administratif, le Tribunal de Conflit, la Cour de Compte) et la création d'un Tribunal pour enfant.
4. L'institution de la politique de régionalisation et décentralisation (art.99) ;
5. La création du Haut Conseil de la Communication chargé de veiller à l'exercice des libertés et l'accès pour tous aux médias d'Etat (art.13) ;
6. La séparation du pouvoir entre l'exécutif (bicéphal), le législatif (monocaméral) et le judiciaire.

Aux termes de l'article 17 de la Constitution, la forme de l'Etat Centrafricain est un Etat de Droit, souverain, indivisible, laïc et démocratique.

La Loi N° 96.013 du 13 janvier 1996 a reparti le territoire national en 7 Régions Administratives composées comme suit :

- **Région Administrative I :** Ombella-M'Poko, Lobaye ;
- **Région Administrative II :** Mambéré-Kadéï, Sangha-Mbaéré, Nana-Mambéré ;
- **Région Administrative III :** Ouham, Ouham-Péndé ;
- **Région Administrative IV :** Ouaka, Nana-Grébizi, Kémo ;
- **Région Administrative V :** Bamingui-Bangoran, Haute-Kotto, Vakaga ;
- **Région Administrative VI :** Mbomou, Basse-Kotto, Haut-Mbomou ;
- **Région Administrative VII :** Bangui (la Capitale).



1.1.3 Contexte macro-économique et financier

La RCA possède de multiples ressources naturelles (diamants, or, uranium, bois, etc.), mais pour la plupart inexploitées. Des terres abondantes, un climat favorable et des sols adéquats offrent de bonnes possibilités de développer l'agriculture et l'élevage. Elle dispose de toute une gamme de produits vivriers et de rente. Les forêts tropicales denses qui couvrent quelque 3,5 millions d'hectares dans le sud-ouest du pays abritent une faune abondante.

Les dépenses de l'Etat sont énormes et ne peuvent être couvertes par ses recettes propres. En plus, le poids de la dette qui représente un peu plus de 80 % du PIB de la RCA, limite fortement sa capacité à rémunérer son personnel et à lutter contre la pauvreté. Cette situation fait de la RCA un pays tributaire de l'aide extérieure pour le financement des projets d'investissements dont une grande part est financée sous forme de don.

Au plan sectoriel, l'économie centrafricaine est dominée par le secteur primaire où l'agriculture et l'élevage occupent environ 80 % de la population active. Ce secteur contribue pour 53 % au Produit Intérieur Brut (PIB) et à plus de 80 % des recettes d'exportation. L'évolution des principaux produits d'exportation (le coton, le café, le bois, le diamant et le tabac) est tributaire des variations des cours mondiaux. La faiblesse du tissu industriel dans le pays fait du secteur secondaire un secteur aussi faible. Celui-ci ne contribue qu'à hauteur de 14 % à la formation du PIB. Le secteur tertiaire est confronté à une dualité entre les services marchands peu performants et les services non marchands en regression.

La situation sociale reste quant à elle, caractérisée par l'inaccessibilité quasi-totale de la population à certains services publics à cause du délabrement des infrastructures de base et du manque d'investissement dans ces domaines. Aussi, un pourcentage élevé de population (62 %) vit en dessous du seuil national de pauvreté (10.030 F de dépenses mensuelles en moyenne). La détérioration des conditions de vie entamée surtout en 1996-1997 lors des 3 mutineries et la persistance des arriérés de salaires et de pensions exacerbent fortement les tensions sociales et prédisposent à la fragilisation de la lutte contre la pauvreté.

L'évolution moins satisfaisante de la situation macro-économique de la RCA de 1990 à l'an 2000 constitue donc l'un des principaux facteurs de progrès mitigés enregistrés par le pays en fin de décennie par rapport aux objectifs du sommet mondial pour les enfants.

1.1.4 Caractéristiques démographiques et culturelles

Le Recensement Général de la Population de 1988 (RGP88) avait évalué l'effectif de la population de la RCA à 2.688.426 habitants réparti en 1.321.216 hommes et 1.367.210 femmes. Cette population, en grande partie rurale, était constituée en majorité de jeunes (43 % de cette population était âgée de moins de 15 ans). Les projections démographiques donnent une estimation de la population centrafricaine à environ 3.500.000 habitants en 2000.

La RCA est un pays à fécondité encore élevée : une centrafricaine donne en moyenne environ cinq naissances vivantes (ISF) au cours de sa vie génésique (EDS-RCA 94/95). Il en est de même pour la mortalité infantile qui constitue encore une préoccupation malgré la tendance à la baisse jusqu'en 1995. En effet, les résultats du RGP88 avaient révélé que 132 enfants sur 1000 mourraient avant leur premier anniversaire. Ce taux était tombé à 97 pour mille en 1995 (EDS-RCA).

Tableau 1.2 : Evolution des indicateurs socio-démographiques de base de 1960 à 1995.

Indicateurs	1959-60	1975	1988	1995
Population totale	1.203.000	2.088.000	2.688.426	-
Taux Brut de Natalité (pour mille)	48	43	41,6	38
Taux Brut de Mortalité (pour mille)	26	18	16,7	-
Indice Synthétique de fécondité	4,9	5,9	6,1	5,1
Taux annuel d'accroissement naturel (pour cent)	2,2	2,5	2,5	-
Accroissement global de la population (pour cent)	-	3,5	2,0	-
Taux de Mortalité Infantile (pour mille)	190	185	132	97
Espérance vie à la naissance	34	43	49	-
Taux d'analphabétisme (pour cent)	-	-	63	51,4
Taux Net de Scolarisation au primaire (pour cent)	-	45,6	48	63

Sources :

Enquête Démographique de 1959/60

RGP 1975 : Recensement Général de la Population de 1975

RGP 1988 : Recensement Général de la Population de 1988

EDS-RCA 94/95 : Enquête Démographique et de Santé de 1995.

Deux langues officielles sont parlées en RCA : le Français et le Sango. Le Sango est la langue de communication sur tout le territoire national et constitue un atout pour le pays. Plusieurs ethnies sont dénombrées en RCA et réparties en dix grands groupes qui sont : Gbaya, Mandjia, Banda, Sara, Mboum, Ngbaka-Bantou, Haoussa, Yakoma-Sango, Zandé-Nzakara et Autres.

1.2 ORGANISATION DE L'ENQUÊTE

1.2.1 Objectifs de l'enquête

Les principaux objectifs de l'enquête à indicateurs multiples 2000 (MICS 2000) de la République Centrafricaine sont les suivants :

- Fournir les données nécessaires pour le suivi des progrès en vue de la réalisation des buts fixés au cours du Sommet Mondial pour les enfants et comme base pour les actions futures ;
- Fournir des informations à jour pour l'évaluation de la situation des enfants et des femmes en RCA;
- Contribuer à la disponibilité des données pour la micro-planification par préfecture en vue de la mise en oeuvre de la politique de décentralisation/régionalisation ; contribuer également à l'amélioration des données et des systèmes de monitoring en RCA et renforcer l'expertise technique en matière de conception, de mise en oeuvre et d'analyse de ces systèmes.

1.2.2 Cadre institutionnel

Au cours du Sommet Mondial pour les Enfants qui a connu la participation de 185 Chefs d'Etat et de Gouvernement à New-York en 1990, la République Centrafricaine avait souscrit aux engagements contenus dans la Déclaration et le Plan Mondial d'Action pour les enfants. Par la suite, un Plan National d'Action pour les enfants a été élaboré et mis en oeuvre pour la période 1993-2002 en République Centrafricaine.

Le Plan Mondial d'Action lance également un appel en faveur de la mise en place de mécanismes de suivi des progrès en vue de la réalisation des buts et objectifs fixés pour l'an 2000. Pour ce faire, l'UNICEF a élaboré, en collaboration avec les autres Organisations internationales, une série de 75 indicateurs de base concernant les aspects spécifiques de la situation des enfants. Cinq années après le sommet mondial de 1990, une première enquête MICS avait été réalisée en 1996 en vue d'évaluer à mi-parcours les progrès enregistrés en faveur du couple mère-enfant en RCA.

La RCA vient de réaliser sa deuxième enquête nationale MICS en l'an 2000 conformément à la résolution 54/93 du 7 décembre 1999 de l'Assemblée Générale des Nations-Unies qui prévoit une session spéciale sur la situation des enfants en septembre 2000, afin de faire le bilan de la fin de décennie des progrès réalisés vis-à-vis des objectifs du sommet mondial et d'arrêter les perspectives d'avenir.

L'enquête MICS 2000 a été exécutée en RCA par le Bureau Central du Recensement (BCR), organe de la Division des Statistiques et des Etudes Economiques (DSEE) du Ministère de l'Economie, du Plan et de la Coopération Internationale. Cette opération a été financée par l'UNICEF avec l'appui logistique du PNUD et la collaboration agissante du FNUAP.

Un comité interministériel de Pilotage de l'enquête dirigé par le Coordonnateur du Plan a été mis en place et a regroupé une quarantaine de représentants des Ministères, Organismes Internationaux et bilatéraux et ONG.

Ce comité qui fût l'organe d'orientation et de décision de l'enquête MICS avait pour attribution de donner les principales orientations de l'enquête, d'examiner et d'approuver les documents techniques élaborés par l'organe d'exécution, de recommander des solutions à tous les problèmes pouvant entraver la bonne marche des travaux et enfin d'entériner les résultats de l'enquête.

1.2.3 Rappel des objectifs du sommet mondial de 1990

Les 27 objectifs fixés par les Chefs d'Etat et de Gouvernement lors du sommet mondial pour les enfants de 1990 en vue d'améliorer la survie, le développement et la protection des enfants et des femmes en l'an 2000 sont :

- Entre 1990 et l'an 2000, réduire au tiers les taux de mortalité infantile et de mortalité des enfants de moins de cinq ans ou en chiffres absolus, ramener celles-ci à 50 et 70 pour 1000 naissances vivantes.
- Entre 1990 et l'an 2000, réduire de moitié, le taux de mortalité maternelle.
- Entre 1990 et l'an 2000, réduire de moitié la malnutrition grave ou modérée chez les enfants de moins de cinq ans.
- Assurer à tous l'alimentation en eau potable (accès universel à l'eau de boisson salubre) et des systèmes d'évacuation des excréments.
- D'ici l'an 2000, rendre universelle l'éducation de base et faire en sorte qu'au moins 80 % des enfants en âge de fréquenter l'école primaire achèvent le cycle d'enseignement primaire.
- Ramener le taux d'analphabétisme chez les adultes à la moitié au moins de ce qu'il était en 1990, l'accent étant mis sur l'alphabétisation des femmes.
- Améliorer la protection des enfants vivant dans des circonstances particulièrement difficiles.
- Accorder une attention particulière à la santé et à la nutrition des filles, des femmes enceintes et des femmes qui allaitent.
- Faire en sorte que tous les couples aient accès à l'information et aux services nécessaires pour prévenir les grossesses prématurées, trop rapprochées, trop tardives ou trop nombreuses.
- Faire en sorte que toutes les femmes enceintes aient accès aux soins prénatals, qu'elles soient assistées lors de l'accouchement par des personnes formées à cet

effet et qu'elles aient accès à des services d'orientation en cas de grossesses à haut risque ou d'urgence obstétricale.

- Réduire de 50 % par rapport à 1990, le nombre de cas de malnutrition grave et modérée chez les enfants de moins de 5 ans.
- Ramener à moins de 10 %, la proportion d'enfants ayant un poids insuffisant à la naissance (moins de 2,5 kg).
- Réduire du tiers par rapport à 1990, la proportion de femmes souffrant d'anémie *ferriprive*
- Eliminer presque totalement les troubles dus à la carence en iode.
- Eliminer presque totalement l'avitaminose A et ses effets, dont la cécité.
- Permettre à toutes les femmes de nourrir leurs enfants exclusivement au sein pendant quatre à six mois et de continuer à les allaiter tout en leur donnant des aliments d'appoint durant une bonne partie de la deuxième année.
- Institutionnaliser la promotion et la surveillance périodique de la croissance dans tous les pays d'ici à la fin des années 1990 et fournir les services d'appui nécessaires afin de garantir la sécurité alimentaire des ménages.
- Faire connaître les moyens d'accroître la production alimentaire et fournir les services d'appui nécessaires afin de garantir la sécurité alimentaire des ménages.
- Eliminer la poliomyélite dans le monde entier d'ici à l'an 2000
- Eliminer le tétanos néo-natal d'ici à 1995.
- Réduire de 95 % la mortalité due à la rougeole et de 90 %, l'incidence de la rougeole d'ici à 1995 par rapport aux niveaux observés avant la vaccination, étape majeure sur la voie de l'éradication totale de la maladie à long terme.
- Maintenir un taux élevé de vaccination (au moins 90 % des enfants de moins de 1 an d'ici à l'an 2000) contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la rougeole, la poliomyélite et la tuberculose et, s'agissant des femmes en âge de procréer, contre le tétanos.
- Réduire de 50 % la mortalité due à la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans et de 25 % l'incidence des diarrhées.
- Réduire d'un tiers la mortalité due aux infections respiratoires aiguës chez les enfants de moins de 5 ans.
- Eliminer la maladie causée par le ver de Guinée (dracunculose) d'ici à l'an 2000.
- Elargir les activités de développement du jeune enfant, notamment les activités appropriées peu coûteuses entreprises à l'échelon de la famille et de la collectivité.
- Permettre aux individus et aux familles d'acquérir davantage de connaissance et de compétences ainsi que les valeurs nécessaires pour améliorer leurs conditions de vie, en recourant à tous les moyens d'éducation, y compris les médias et les autres formes modernes et traditionnelles de communication et d'action sociale, l'efficacité étant mesurée à l'évolution des comportements.

Les résultats qui seront analysés dans les différents chapitres concourent à l'évaluation de ces objectifs.

1.2.4 Population cible de l'enquête

La population cible de l'enquête MICS 2000 est composée de toutes les personnes des ménages échantillons. Elle comprend : les enfants âgés de moins de 5 ans pour le volet Santé et nutrition des enfants, ceux dont l'âge est situé entre 6 et 14 ans pour le volet Travail des enfants, ceux de la tranche d'âge 5-17 ans pour le volet Education formelle et les femmes âgées de 15 ans à 49 ans pour les questions relatives aux volets Santé, Promotion de la femme et VIH/SIDA. Les questions concernant l'alphabétisation, la situation matrimoniale ont été posées aux personnes âgées de 15

ans ou plus, et les informations sur le volet Eau/Assainissement ont été posées aux chefs de ménage.

1.2.5 Plan de sondage

Les domaines d'étude c'est-à-dire les niveaux géographiques fixés par le comité de pilotage pour le calcul des différents indicateurs de l'enquête MICS sont les suivants: niveau national, milieu urbain/milieu rural, région administrative, région sanitaire et préfecture. La volonté du gouvernement et des partenaires au développement de disposer des résultats par préfecture pour les besoins de micro-planification conformément aux objectifs définis, ont fortement déterminé le plan de sondage et partant la taille de l'échantillon qui a été si grande pour l'enquête MICS 2000 en RCA.

La base de sondage qui a servi pour l'enquête MICS 2000 est celle issue de la cartographie du futur Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH). Cette base de sondage est constituée de zones aéroloires appelées Aires de Dénombrement (AD). Une AD correspond à environ 1000 habitants en milieu urbain et environ 800 habitants en milieu rural. Les activités de la cartographie du recensement avaient démarré en 1999 et avaient pris fin au mois d'août 2000. Les opérations de l'enquête MICS 2000 se sont déroulées parallèlement aux travaux de la cartographie du recensement.

Dans le cadre de l'enquête MICS 2000, chaque milieu de résidence des 16 préfectures est considéré comme une strate. La **capitale Bangui**, pour des besoins d'analyse, est considérée également comme une strate. On compte en tout 33 strates provenant des 16 préfectures plus Bangui.

La méthode de tirage adoptée a été celle de sondage à deux degrés. La procédure du tirage a été la suivante:

- Au premier degré, 523 AD ont été tirées systématiquement, dans chaque strate, parmi les 3.411 AD du recensement avec une probabilité proportionnelle à la taille des AD. Ce tirage a été fait au niveau du BCR et les AD tirées ont été affectées aux équipes de collecte qui ont procédé sur le terrain à leur mise à jour en établissant exhaustivement (par balayage de l'AD) la liste de tous les ménages y résidant.

- Au deuxième degré, un certain nombre de ménages a été tiré systématiquement avec une probabilité proportionnelle à la taille des ménages à l'intérieur de chaque AD échantillon. Ce tirage a été effectué par les chefs d'équipe sur le terrain sur la base des paramètres qui leur sont fournis et les ménages tirés ont été répartis entre les agents enquêteurs pour les interviews.

Les indicateurs ont été obtenus avec un degré de précision (niveau de précision) de 95 %, soit une erreur de 5 % pour le niveau national et 90 % pour les préfectures soit une marge d'erreur de 10 %. Les principaux indicateurs de l'enquête étant des proportions, la taille minimum de l'échantillon n lorsque la précision est fixée à l'avance a été déterminée à partir de la formule indiquée à l'annexe.

1.2.6 Questionnaires

Le questionnaire de l'enquête MICS 2000 de la République Centrafricaine est basé sur le modèle standard des enquêtes MICS organisées dans le monde, mais adapté aux spécificités centrafricaines. Il est donc segmenté en trois grandes parties:

1 - Le questionnaire-ménage avec les modules suivants:

- le Cadre d'information sur le ménage;
- les autres informations sur le ménage;
- la feuille d'enregistrement des membres du ménage;
- l'éducation;
- le travail des enfants;
- l'eau et l'assainissement;
- le sel iodé.

2 - Le questionnaire pour les femmes contient les modules suivants:

- la mortalité infanto-juvénile;
- l'anatoxine tétanique;
- la santé de la mère et du nouveau-né;
- la pratique de la contraception;
- le VIH/SIDA;
- la protection de la femme.

3 - Le questionnaire pour les enfants âgés de moins de cinq ans comprend:

- l'enregistrement de la naissance à l'état civil;
- La vitamine A;
- L'allaitement au sein;
- La prise en charge des maladies;
- Le paludisme;
- La vaccination;
- l'anthropométrie.

Ces questionnaires ont été traduits en sango, langue nationale de la RCA. Ils ont été ensuite testés à l'occasion de l'enquête pilote réalisée au mois de mars 2000. Des corrections y ont été apportées pour obtenir une version finale.

1.2.7 Prélèvement d'urine

Au cours de l'enquête MICS 2000, un prélèvement d'urine a été effectué au sein d'un sous-échantillon d'enfants de la tranche d'âges 6 à 18 ans. Selon la méthodologie appliquée, les enquêteurs devaient prélever, dans chaque Aire de Dénombrement, de l'urine chez les dix premiers enfants de la tranche d'âges précitée. A cet effet, chaque équipe était dotée de matériels suivants : gants, pots de prélèvement, boîtes de rangement et tubes de prélèvement.

1.2.8 Déroulement de l'enquête

Les opérations de collecte de données ont démarré effectivement sur le terrain le 1er avril 2000 et devait s'achever en août 2000 (5 mois). Préalablement, un test organisé en début du mois de mars 2000 a permis de recruter les candidats pour la formation des agents enquêteurs. Suite à une formation intense de trois semaines, 32 agents enquêteurs composés en majorité de femmes et 8 chefs d'équipe ont été sélectionnés. Les agents enquêteurs ont été répartis en 8 équipes de 5 membres chacune (3 enquêtrices, un enquêteur et un chef d'équipe).

L'enquête sur le terrain avait démarré le 1er avril 2000 dans la préfecture de l'Ombella-Mpoko située à proximité de la capitale Bangui afin d'assurer le rodage des équipes. Seulement 4 véhicules étaient disponibles pour les 8 équipes qui ont évolué

par sous-préfecture. Une supervision de proximité durant les 10 premiers jours de l'enquête a permis de combler les lacunes observées chez les enquêteurs.

Les efforts fournis par le Gouvernement et les partenaires (UNICEF, PNUD) ont permis de résoudre le problème de logistique en dotant chaque équipe d'un véhicule pour la suite des opérations. Cependant, la crise de carburant que le pays a connue de juin à octobre et les multiples pannes de véhicules sur le terrain ont entravé le bon déroulement de l'enquête. Les équipes ont été immobilisées pendant au moins deux mois (juin à juillet 2000). Le Comité de pilotage de l'enquête a alors recommandé le recrutement, la formation et la constitution de 4 équipes supplémentaires. La préoccupation exprimée était celle de terminer la collecte des informations dans un délai raisonnable en vue de rendre disponible le rapport préliminaire avant la fin du mois de décembre 2000. Le concours de l'UNICEF qui a pu mobiliser une quantité suffisante de carburant et le renforcement des équipes ont permis de boucler les activités de terrain vers mi-décembre 2000.

Il convient de noter que la non disponibilité de l'ensemble de la base de sondage au début des travaux a constitué également un handicap majeur qu'il a fallu surmonter en adoptant des stratégies appropriées pour couvrir la taille si importante d'échantillon.

1.2.9 Exploitation et analyse des données

a) Exploitation des données

L'exploitation des données s'est faite en trois étapes : le contrôle et la codification des questionnaires, la saisie des données et le nettoyage des fichiers.

Les travaux de contrôle et de codification ont été effectués par une équipe de 10 agents recrutés à la suite d'un test et formés à cet effet. Un cadre du BCR avait la charge de superviser les activités de la codification. L'équipe de saisie comprenait dix opératrices de saisie et placée sous la supervision d'un cadre du BCR. Les activités de nettoyage des fichiers ont été assurées par une équipe de trois cadres placée sous la supervision du Point Focal de l'enquête. Les codificateurs et les opératrices de saisie avaient participé à la formation des enquêteurs. Ce qui leur a permis de mieux maîtriser le questionnaire.

Les activités de la codification ont démarré un mois après le lancement de celles de la collecte suivies ensuite de celles de la saisie et finalement celles de nettoyage des fichiers. La saisie des données a été effectuée à l'aide du logiciel EPI-INFO. Le programme informatique standard adapté au questionnaire de la RCA avait prévu une saisie intelligente avec contrôle automatique d'exhaustivité à plusieurs niveaux et un contrôle de cohérence des différentes variables et informations contenues dans différents types de questionnaires. Cela a permis d'éliminer considérablement les erreurs. Une double saisie a été effectuée pour la première préfecture. La suspension des opérations de la collecte suite à la crise de carburant a entraîné également l'arrêt de la codification et de la saisie pendant un mois. Au mois de décembre, des équipes de renfort ont été constituées pour appuyer celles de la codification, de la saisie et du nettoyage des fichiers. Toutes ces dispositions ont permis de terminer les travaux de traitement informatique dans la deuxième quinzaine du mois de décembre, soit deux semaines après les travaux de terrain.

b) Analyse des données

L'ensemble de tous les tableaux statistiques contenant des indicateurs ont été disponibles à la fin du mois de décembre 2000. La tabulation des données a été faite avec le logiciel SPSS sous Windows version 10. Un programme informatique standard a été conçu pour toutes les enquêtes MICS, ce qui a facilité la tabulation. Ce programme a été adapté pour certains indicateurs concernant l'éducation et complété pour certaines questions additionnelles collectées en RCA. Un rapport préliminaire a été produit et a permis de finaliser le rapport national d'évaluation de fin de décennie des objectifs du sommet mondial pour les enfants qui a été approuvé par le Gouvernement et envoyé officiellement au Secrétaire Général des Nations Unies en janvier 2001. Par la suite onze thèmes ont été retenus pour être analysés dans le cadre du rapport final d'analyse. Il s'agit : des Caractéristiques du pays et l'Organisation de l'enquête, des Caractéristiques des ménages et des logements, de la Mortalité des enfants de moins de 5 ans, de l'Education, de l'Eau et l'Assainissement, de l'Etat nutritionnel des enfants, de la Santé de l'enfant, des MST/SIDA, de la Santé de la reproduction, de la Protection des enfants, de la Protection des femmes.

1.3 PRESENTATION DE L'ECHANTILLON ET EVALUATION DES DONNEES

1.3.1 Présentation de la taille finale de l'échantillon

Cette présentation fournit la répartition géographique des groupes cibles enquêtés à savoir : les ménages, les femmes et enfants en terme d'effectif absolu et de pourcentage avec une indication sur le taux de réponse obtenu.

a) Ménages enquêtés

L'enquête MICS 2000 a couvert 516 AD sur les 526 tirées au niveau national. Le tableau 1.3 indique que 14550 ménages ont été sélectionnés sur tout le territoire, 14502 ont été identifiés et 14033 ménages ont été effectivement visités, soit un taux de réponse des ménages de 96,8 %.

Les nombres de ménages identifiés et les nombres de ménages enquêtés font apparaître un taux de perte de ménages de moins de 10 % dans toutes les préfectures et Bangui sauf dans la préfecture de la Vakaga (extrême nord) difficile d'accès où ce taux est légèrement au-dessus de 10 % (10,9 %). La couverture des ménages identifiés a été globalement bien assurée par l'enquête dans toutes les préfectures et la capitale Bangui.

Parmi les ménages identifiés au niveau national, 5.103 sont urbains soit 35,2 % de l'ensemble. L'enquête a couvert 4977 ménages urbains et 9056 ménages ruraux, soit un taux de réponse des ménages respectivement de 97,5 % en milieu urbain et de 96,3 % en milieu rural. La répartition des ménages par milieu de résidence est parfaitement conforme au critère de sur-représentativité de la population dans les zones rurales. Le niveau de perte en ménages (inférieur à 4 %) atteste d'une bonne couverture des ménages dans chaque milieu de résidence.

Afin d'obtenir les indicateurs au niveau national, les données sur les ménages ont été pondérées en tenant compte du poids réel de chaque préfecture issue des résultats de la cartographie. Le Bureau Central du Recensement a bénéficié, grâce au concours financier de l'UNICEF, de l'appui technique de Macro International basé aux Etats-Unis

pour la pondération de ces données. Les effectifs pondérés et non pondérés des ménages sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1.3 : Résultats de l'enquête ménage par préfecture et milieu de résidence, RCA, MICS 2000

Préfectures et milieu de résidence	Ménages tirés	Ménages identifiés	Ménages enquêtés (Effectif pondéré)	Ménages enquêtés (Effectif non pondéré)	Taux de réponse (%)
Préfecture					
Ombella M'Poko	1017	1015	1285	990	97,5
Kémo	1049	1046	438	1009	96,5
Nana-Grébizi	1044	1040	415	995	95,7
Lobaye	1050	1042	850	994	95,4
Mambéré-Kadéï	639	639	1576	634	99,2
Sangha-Mbaéré	595	594	321	585	98,4
Nana-Mambéré	759	759	867	751	98,9
Ouham	729	726	1240	703	96,8
Ouham-Péndé	568	565	1575	549	97,2
Ouaka	948	940	1035	927	98,6
Baming-Bangoran	489	488	134	451	92,4
Haute-Kotto	875	875	300	857	97,9
Vakaga	576	576	142	513	89,1
M'Bomou	1072	1067	734	1031	96,6
Basse-Kotto	1106	1105	979	1098	99,4
Haut-M'Bomou	585	578	240	531	91,8
Bangui	1449	1447	1900	1415	97,8
Milieu résidence					
Urbain	5108	5103	4992	4977	97,5
Rural	9442	9399	9041	9056	96,3
Ensemble RCA	14550	14502	14033	14033	96,8

b) Résultats de l'interview

Les données du tableau 1.4 indiquent que les questionnaires ménages ont été entièrement remplis pour la quasi-totalité des ménages visités, avec un taux de succès de 96,7 %. Ce résultat est le même que le taux de réponse obtenu précédemment (96,8 %) et rend compte de la bonne couverture des ménages échantillons.

Tableau 1.4 : Résultats issus des interviews dans les ménages visités.

Résultats de l'interview	Nombre de ménages	Pourcentage
Rempli	14033	96,7
Refusé	80	0,5
Pas à la maison	356	2,5
Logement non trouvé	6	0,0
Autre	37	0,3
Total	14512	100,0

c) Femmes enquêtées

Selon les résultats du tableau 1.5, 17126 femmes âgées de la tranche d'âge 15-49 ans ont été effectivement interviewées sur les 19324 éligibles, soit un taux de réponse de 88,6 %. Le taux de non réponse d'environ 11 % enregistré chez les femmes est dû en majeure partie aux cas d'absence au moment du passage des enquêteurs. En effet, les activités agricoles, commerciales et minières ont été à la base des cas d'absence de plusieurs femmes qui, suite à ces occupations reviennent tardivement à la maison et n'ont pas donné l'opportunité aux agents de les atteindre en dépit de multiples visites à domicile.

Dans la plupart des préfectures, le taux de non réponse des femmes est inférieur à 15 % sauf dans les préfectures de l'Ombella-M'Poko et du Haut-M'Bomou où ce taux dépasse légèrement 15 %. Le niveau de couverture des femmes éligibles est sensiblement le même à Bangui (87,5 %), en milieu urbain (89,3 %) et en milieu rural (88,6 %). La répartition observée dans le tableau 1.5 atteste une couverture relativement bonne des femmes dans les préfectures et dans la capitale Bangui.

Tableau 1.5 : Résultats de l'enquête individuelle femme par préfecture et milieu de résidence, RCA, MICS 2000

Préfectures et milieu de résidence	Femmes éligibles	Femmes interviewées (non pondéré)	Femmes interviewées (pondéré)	Taux de réponse (%)
Préfecture				
Ombella M'Poko	1334	1118	1637	83,8
Kémo	1300	1168	507	89,8
Nana-Grébizi	1388	1235	513	89,0
Lobaye	1465	1259	1093	85,9
Mambéré-Kadéï	906	798	1917	88,1
Sangha-Mbaéré	850	776	427	91,3
Nana-Mambéré	790	756	823	95,6
Ouham	794	726	1244	91,4
Ouham-Péndé	672	593	1742	88,2
Ouaka	1186	1084	1155	91,4
Bamingui-Bangoran	594	539	157	90,7
Haute-Kotto	1073	974	326	90,8
Vakaga	841	729	210	86,7
M'Bomou	1344	1164	813	86,6
Basse-Kotto	1385	1269	1039	91,6
Haut-M'Bomou	690	564	266	81,7
Bangui	2712	2374	3257	87,5
Milieu résidence				
Urbain	7969	7116	7441	89,3
Rural	11355	10010	9685	88,6
Ensemble RCA	19324	17126	17126	88,6

d) Enfants de moins de 5 ans enquêtés

Le tableau 1.6 indique que sur les 15192 enfants de moins de 5 ans qui ont été enregistrés dans les ménages de l'ensemble du pays, les informations ont été collectées pour 14441 enfants, soit un taux de réponse des enfants de 95,1 %. Dans presque toutes les préfectures, la perte d'informations a été enregistrée sur moins de 10 % d'enfants. Le niveau de couverture des enfants par l'enquête est presque le même en milieu urbain (95,4 %) qu'en milieu rural (94,9 %). Dans l'ensemble, la couverture des enfants éligibles a donc été convenablement assurée.

Tableau 1.6 : Résultats de l'enquête individuelle enfants par préfecture et milieu de résidence RCA, MICS 2000.

	Enfants éligibles	Enfants enquêtés (non pondéré)	Enfants enquêtés (pondéré)	Taux de réponse (%)
Préfecture				
Ombella M'Poko	1185	1095	1465	92,4
Kémo	1076	1040	442	96,7
Nana-Grébizi	1075	1027	430	95,5
Lobaye	1206	1133	961	93,9
Mambéré-Kadéï	791	755	1772	95,4
Sangha-Mbaéré	736	708	387	96,2
Nana-Mambéré	541	536	592	99,1
Ouham	646	624	1049	96,6
Ouham-Péndé	588	558	1603	94,9
Ouaka	1029	1002	1052	97,4
Bamingui-Bangoran	495	470	140	94,9
Haute-Kotto	814	790	266	97,1
Vakaga	644	613	271	95,2
M'Bomou	980	897	670	91,5
Basse-Kotto	1211	1176	964	97,1
Haut-M'Bomou	443	391	176	88,3
Bangui	1732	1626	2201	93,9
Milieu résidence				
Urbain	5624	5365	5581	95,4
Rural	9568	9076	8760	94,9
Ensemble RCA	15192	14441	14441	95,1

1.3.2 Evaluation de la représentativité de l'échantillon**a) Couverture géographique de l'échantillon par AD**

L'enquête MICS 2000 a couvert un nombre important de grappes (AD) par préfecture soit 516 grappes comparées à 231 à l'EDS 1994/95. La quasi totalité des Sous-préfectures du pays ont été couvertes ce qui donne une large représentativité à l'échantillon de l'enquête (en moyenne 30 grappes par préfecture). D'après le tableau 1.7a, 516 grappes ont été effectivement enquêtées sur les 526 tirées soit 10 AD non

enquêtées (taux de réponse de 98 %). Le taux de réponse des AD est de 100 % en milieu urbain contre 97 % en milieu rural.

Tableau 1.7a : Répartition des AD prévues, des AD effectivement couvertes et taux de couverture des AD selon la préfecture et par milieu de résidence

Préfecture	Urbain			Rural			Ensemble		
	Prévue	Enquêté	%	Prévue	Enquêté	%	Prévue	Enquêté	%
Ombella M'Poko	8	8	100	25	25	100	33	33	100
Kémo	15	15	100	19	17	89.5	34	32	94.1
Nana-Grébizi	11	11	100	21	21	100	32	32	100
Lobaye	8	8	100	24	23	95.8	32	31	96.9
Mambéré-Kadéï	13	13	100	13	13	100	26	26	100
Sangha-Mbaéré	6	6	100	14	14	100	20	20	100
Nana-Mambéré	9	9	100	17	17	100	26	26	100
Ouham	9	9	100	16	14	87.5	25	23	92
Ouham-Péndé	4	4	100	15	15	100	19	19	100
Ouaka	17	17	100	20	20	100	37	37	100
Bamin-Bangoran	8	8	100	13	13	100	21	21	100
Haute-Kotto	21	21	100	21	17	80.9	42	38	90.5
Vakaga	4	4	100	16	15	93.7	20	19	95
M'Bomou	11	11	100	29	29	100	40	40	100
Basse-Kotto	7	7	100	26	26	100	33	33	100
Haut-M'Bomou	8	8	100	16	16	100	24	24	100
Bangui	62	62	100	-	-	-	62	62	100
Ensemble	221	221	100	305	295	96.7	526	516	98.1

b) Echantillon attendu, échantillon final des enfants de moins de cinq ans

L'effectif attendu des enfants de moins de cinq ans est celui à enquêter. Ce nombre est obtenu en multipliant l'effectif des ménages enquêtés par la taille moyenne des ménages et la proportion des enfants de cette tranche d'âge. Les tailles moyennes des ménages et les proportions des enfants utilisées sont celles de l'EDS-RCA 94/95.

L'effectif final de l'échantillon des enfants de moins de cinq ans est celui des enfants effectivement enquêtés. Le tableau 1.7b présente les différents effectifs par milieu de résidence et Bangui. Il convient de souligner que l'effectif final des enfants enquêtés au niveau national dépasse largement ce qu'il faut pour obtenir des indicateurs fiables au niveau national et par milieu de résidence. Il en dégage que les pertes des ménages enregistrées au cours de l'enquête ont été compensées et que ces effectifs finaux permettent d'obtenir des indicateurs pertinents.

Tableau 1.7b: Répartition des ménages enquêtés, de l'effectif attendu, de l'effectif final des enfants de 0-4 ans, par milieu de résidence, RCA, MICS 2000.

Milieu de résidence et Bangui	Ménages enquêtés	Effectif attendu des enfants 0-4 ans	Effectif final des enfants 0-4 ans
Bangui	1409	1526	1626
Milieu résidence			
Urbain	4962	4662	5365
Rural	9027	6752	9076
Ensemble RCA	13989	11447	14441

c) Evaluation de la représentativité de l'échantillon par la comparaison des structures par âge issues de diverses opérations

Dans l'hypothèse de la constance de la structure par âge dans le temps, la conformité de la structure par âge obtenue au cours d'une enquête par sondage à celle observée lors d'un recensement général de la population ou d'une enquête précédente jugée fiable, constitue un paramètre important pour apprécier la représentativité de l'échantillon et partant juger de la vraisemblance des résultats obtenus par rapport à l'ensemble de la population.

Les résultats consignés dans le tableau 1.8 montrent qu'il n'y a presque pas d'écart entre les structures par groupes d'âges de la population issues de l'enquête sur Avitaminose (1998-99) et de MICS 2000. Outre une légère différence qui apparaît entre les structures des deux dernières enquêtes et celle du Recensement Général de la Population de 1988, toutes les structures par âge décroissent de manière similaire lorsque les âges augmentent. Ceci explique une certaine cohérence entre les données collectées dans ces différentes opérations.

Tableau 1.8: Structures par groupe d'âges de la population des ménages issues de différentes opérations (RGP88, EDS-RCA 94-95, Avitaminose A 98 et MICS2000).

Groupes d'âges	RGP88	EDS-RCA 94-95	Avitaminose 98-99	MICS2000
0-4	17,3	16,7	18,4	16,4
5-9	14,8	17,5	17,2	19,1
10-14	11,1	12,7	14,7	15,9
15-19	10,3	9,5	11,1	9,6
20-24	9,2	8,3	7,9	7,3
25-29	8,1	7,4	6,5	6,3
30-34	6,2	6,3	5,4	5,6
35-39	4,8	5,0	4,7	5,0
40-44	4,0	3,4	3,5	3,8
45-49	3,6	3,0	2,4	2,5
50-54	3,1	2,9	2,5	3,2
55-59	2,5	2,4	1,5	1,7
60-64	2,0	2,2	1,5	1,5
65-69	1,3	1,3	0,9	0,8
70 et	1,4	1,3	0,8	0,9
ND	0,0	0,0	1,0	0,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

1.3.3 Evaluation de la qualité des données

Les éléments utilisés dans cette partie pour évaluer la qualité des données de l'enquête sont le rapport de masculinité, les erreurs de déclaration de l'âge et la parité des femmes en âge de procréer.

a) Rapport de masculinité

Les normes exigent que le rapport de masculinité à la naissance (moins d'1 an) et dans le groupe d'âges 0-4 ans se situe entre 1 et 1,04. Le contraire devrait emmener à suspecter les erreurs de déclaration de l'âge. Le rapport de masculinité est obtenu en rapportant, dans chaque groupe d'âge, l'effectif de la population masculine à celui de la population féminine. Le rapport de masculinité des divers groupes d'âges quinquennaux est présenté dans le tableau 1.9. Il en ressort que le rapport est de 1,02 à la naissance et de 1,03 dans le groupe d'âges 0-4 ans. Ces résultats correspondent aux normes précitées.

Avec la surmortalité masculine, on devrait s'attendre à ce que le rapport de masculinité décroisse lorsque l'âge augmente. On observe cependant que ce rapport est resté élevé dans les groupes d'âges 5-9 ans (1,06), 15-19 ans (1,07), 40-44 ans (1,11), 45-49 ans (1,57), 55-59 ans (1,07), 65-69 ans (1,1) et 70-74 ans (1,4). Ceci pourrait s'expliquer par l'histoire propre de chaque génération. Cependant, la série du rapport de masculinité ainsi obtenue donne lieu à une courbe en dents de scie. Cette irrégularité que l'on peut constater sur la courbe du rapport de masculinité en fonction de l'âge est imputée généralement aux mauvaises déclarations de l'âge touchant différemment les deux sexes.

Tableau 1.9: Rapport de masculinité par groupes d'âges quinquennaux.

Groupe d'âge	Sexe		Rapport de masculinité
	Masculin	Féminin	
0	1816	1777	1,02
0-4	7664	7454	1,03
5-9	9125	8568	1,06
10-14	7164	7531	0,95
15-19	4619	4299	1,07
20-24	3187	3579	0,89
25-29	2570	3252	0,79
30-34	2352	2818	0,83
35-39	2163	2454	0,88
40-44	1851	1662	1,11
45-49	1432	913	1,57
50-54	1002	1979	0,51
55-59	837	779	1,07
60-64	695	701	0,99
65-69	375	340	1,10
70-74	485	341	1,4
Ensemble			

b) Evaluation de la déclaration de l'âge de la population enquêtée

L'indice de Whipple permet de confirmer ou d'infirmer la préférence des âges ronds (0 et 5). Les interprétations de cet indice se font de la manière suivante:

Si $W=0$, il y a répulsion totale pour le 0 et le 5 ;

Si $W < 1$, répulsion pour le 0 et le 5 ;

Si $W = 1$, il y a une préférence ;

Si $1 < W < 5$, il y a attraction d'autant plus que W est proche de 5 ;

Si $W = 5$, tous les âges se terminent par 5.

Les courbes des structures par année d'âge des populations masculine et féminine présentent certaines irrégularités. On y observe particulièrement des pics aux âges se terminant par 0 et 5 ce qui donne l'impression d'une préférence des âges se terminant par 0 et 5. A cet effet, l'indice de Whipple a été calculé pour les deux sexes et pour chacun des sexes afin de confirmer cette préférence pour les âges se terminant par 0 ou par 5 (tableau 1.9).

Cet indice dont la valeur est de 1,52 ($I_w=1,52$) pour les deux sexes indique effectivement cette préférence (attraction) pour les âges précités. Cependant, cette préférence pour un âge se terminant par 0 et par 5 est relativement faible car l'écart en valeur absolue est plus proche de 1 que de 5. Le phénomène d'attraction est plus marqué chez les femmes (1,56) que chez les hommes (1,48).

Tableau 1.10 : Indice de Whipple par sexe

INDICES SEXE	INDICE DE WHIPPLE	ECART PAR RAPPORT A 1	ECART PAR RAPPORT A 5
Masculin	1,48	0,48	3,52
Féminin	1,56	0,56	3,44
Les deux sexes	1,52	0,52	3,48

d) Parité des femmes enquêtées en âge de procréer

La qualité des données peut être également appréciée à travers les descendance moyennes par groupe d'âge des femmes. On doit s'attendre à ce que les descendance moyennes augmentent avec l'âge jusqu'à 49 ans. Les résultats du tableau 1.11 montrent l'existence d'une relation positive entre les descendance moyennes et le groupe d'âge de la mère.

En somme, les résultats obtenus attestent que les données collectées sont globalement satisfaisantes et peuvent être utilisées pour calculer des indicateurs pertinents.

Tableau 1.11 : Nombre moyen d'enfants nés vivants, proportions des enfants décédés par groupe d'âge des femmes

Age actuel de la femme	Effectif des femmes	Enfants nés vivants	Enfants décédés	Nombre moyen d'enfants nés vivants	Proportion D'enfants décédés
15-19	3771	1770	310	0,47	0,17
20-24	3133	5614	931	1,79	0,16
25-29	2937	9838	1789	3,35	0,18
30-34	2594	12716	2369	4,90	0,19
35-39	2176	12914	2298	5,93	0,18
40-44	1539	10652	2144	6,92	0,20
45-49	780	5781	1302	7,41	0,22

e) Erreurs liées à la collecte des données sur le terrain, la codification ou la saisie

La qualité des données est étroitement liée au respect rigoureux des principes et procédures définis pour l'échantillonnage et le remplissage de questionnaire sur le terrain ainsi que la codification et la saisie des données au Bureau. Comme dans toute opération de collecte des données, des erreurs sont toujours inévitables à ces différents niveaux.

Au cours de l'enquête MICS 2000, les dispositifs de contrôle mis en place ont permis de réduire considérablement les erreurs. La mise en œuvre du plan de sondage et le bon remplissage des questionnaires sur le terrain ont été garantis par des statisticiens assurant le rôle de chefs d'équipe secondé par des enquêteurs bien expérimentés (cartographes ou anciens enquêteurs de EDS ou MICS96). Les missions de supervision ont contribué à assurer la rigueur. Le contrôle au bureau des questionnaires rentrés de terrain a permis de corriger les erreurs avant la saisie ; de même la saisie intelligente, la double saisie et le nettoyage de fichier ont permis d'éliminer au maximum les erreurs possibles.

L'insécurité qui règne dans certaines zones du pays n'avait pas permis de mener l'enquête dans 10 Aires de Dénombrement (AD) sur les 526 tirées. Ces 10 AD non couvertes ont été prises en compte dans le calcul des facteurs de pondération finale des données en fonction du poids de chaque préfecture.

En définitive, il a été constaté au niveau du traitement informatique des données qu'il y a eu un peu plus d'erreurs pendant la collecte sur le terrain en toute logique au début des travaux (première préfecture) et vers la fin des travaux (3 dernières préfectures). Ces erreurs ont été corrigées à différentes étapes de l'exploitation et traitement.

f) Taux de non-réponse par variable et marge d'erreur

Les taux de non réponse sont dans l'ensemble satisfaisants pour la plupart des variables couvertes par l'enquête. Cependant, il convient de mentionner le pourcentage assez élevé de l'ordre de 14 % concernant les enfants qui n'ont pas été pris en compte dans le calcul des indicateurs anthropométriques à cause soit des âges incomplets (jour, mois de naissance non déclaré), soit des mesures de poids ou de taille en dehors des normes, etc. Toutefois, les indicateurs obtenus sont assez fiables car ils sont bien cohérents avec ceux de l'enquête nutritionnelle de 1995 et de l'EDS 1994/95 dans la mesure où la taille de l'échantillon est trop grande au niveau national et par région.

Les détails sur les marges d'erreurs par certaines catégories d'indicateurs et par niveau géographique se trouvent en annexe. Conformément au plan de sondage défini ci-haut, les résultats de l'enquête MICS 2000 sont obtenus avec une précision très satisfaisante pour les niveaux suivants : national, urbain et rural, région administrative, région sanitaire et inspection académique. Les marges d'erreur pour ces différents

niveaux avoisinent les 5 % grâce aux effectifs de ménages et des groupes cibles (enfants et femmes) statistiquement bien suffisants.

Par contre, les résultats de l'enquête MICS 2000 par préfecture ont des marges d'erreur assez importantes de l'ordre de 10 % à travers un échantillon de 14000 ménages pour 16 préfectures plus la capitale Bangui. L'échantillon requis pour obtenir des résultats par préfecture avec une marge d'erreur de 5 %, était évalué à 30000 ménages difficiles à réaliser avec un budget limité et dans un contexte national de crise de carburant. Les indicateurs ainsi calculés par préfecture doivent être appréciés en prenant en compte ces considérations concernant la précision. Toutefois, ces indicateurs présentent l'avantage de combler un vide en données couvrant différents domaines de survie, de développement et de protection des enfants et des femmes nécessaires à la micro-planification.

CONCLUSION

L'appréciation diversifiée de la représentativité et de la qualité des données a mis en évidence la cohérence des informations collectées au cours de l'enquête MICS 2000. La couverture des ménages et des enfants a été satisfaisante avec un taux de non réponse inférieur à 10 %. Les taux de non réponse des femmes, bien que légèrement au-dessus de 10 % sont dans la plupart de cas inférieurs à 15 %. A cela, il faut ajouter la bonne couverture des grappes (AD) ainsi que la bonne répartition de ménages, des femmes et des enfants selon le poids des préfectures et par milieu de résidence. Les rapports de masculinité à la naissance et dans le groupe d'âges 0-4 ans correspondent parfaitement aux résultats attendus. Les courbes des structures par groupe d'âge des populations masculine et féminine de l'enquête MICS 2000 sont cohérentes avec celles de l'enquête EDS-RCA 94-95, du recensement de 1988 et autres enquêtes antérieures. Ce qui atteste de la représentativité de l'échantillon au niveau national. En dépit de certaines erreurs de déclaration inhérentes à toutes les enquêtes en Afrique, les résultats de l'évaluation de la qualité des données permettent de conclure que les données collectées au cours de l'enquête MICS 2000 ne souffrent pas de grandes distorsions pouvant avoir un impact négatif sur les indicateurs obtenus.

Les données obtenues au cours de l'enquête MICS 2000 sont donc, au regard des évaluations ci-dessus effectuées, de bonne qualité et les indicateurs reflètent les niveaux réels des différents phénomènes observés au niveau national et régional eu égard aux marges d'erreurs faibles au niveau national liées à une taille importante d'échantillon. La plupart des indicateurs obtenus sont dans un ordre de grandeur cohérent avec ceux issus des enquêtes antérieures (EDS 94/95, enquête nutritionnelle 1995, enquête MICS 1996, enquête Vitamine A 1998/99).

CHAPITRE 2 : CARACTERISTIQUES DES MENAGES ET DES LOGEMENTS

Au cours de l'enquête MICS 2000, des informations ont été collectées sur tous les membres du ménage à l'aide du questionnaire ménage. Ce dénombrement permet de disposer des données démographiques de base concernant la taille et la composition des ménages, les caractéristiques des logements et celles de la population.

2.1 CARACTERISTIQUES DES MENAGES

La définition de ménage appliquée à l'enquête MICS est la suivante: Un ménage est un groupe de personnes apparentées ou non qui vivent sous le même toit et qui mangent ensemble. Ils reconnaissent l'autorité d'un chef appelé chef de ménage.

2.1.1 Taille moyenne des ménages

Les informations collectées ont permis de répartir les ménages selon leur taille comme présentés dans le tableau ci-dessous. Les résultats révèlent globalement que la proportion des ménages de grande taille augmente tandis que celle de petite taille baisse. La taille moyenne des ménages a atteint 6,6 en l'an 2000.

Selon ces résultats consignés dans le tableau 2.1 quatre ménages sur cinq au niveau national (80,3 %) comptent au moins quatre membres : 24,4 % contiennent quatre à cinq membres, environ 22,7 % six à sept membres, 14,7 % huit à neuf membres, et 18,5 % au moins dix membres. Les résultats de l'EDS-RCA 94-95 avaient estimé à 58,3 % la proportion des ménages comptant au moins quatre membres.

La proportion des ménages d'un seul membre est passée de 13,5 % en 1995 (EDS-RCA 94-95) à 2,7 % à l'an 2000 (MICS 2000). En outre, la proportion des ménages qui comptent au moins neuf membres a presque doublé ces cinq dernières années en passant de 13,1 % en 1995 à environ 25 % en l'an 2000. La taille moyenne des ménages a augmenté au cours de ces cinq dernières années: elle était de 4,9 à l'EDS-RCA 94-95 et a atteint 6,6 à MISC 2000. La situation de crise sociale et économique que le pays traverse a-t-elle emmené la population à développer des stratégies de survie les obligeant à se regrouper ? L'ampleur du VIH/SIDA avec son corollaire la disparition du couple laissant la charge des enfants à d'autres parents explique t-elle en partie ce phénomène ? Autant de questions qui pourront trouver des explications à travers des études approfondies .

En milieu urbain, le pourcentage des ménages qui contiennent au moins quatre membres est de 86 % contre 77,2 % en milieu rural. En outre, le pourcentage des ménages qui comptent au moins dix membres est presque deux fois plus élevé en milieu urbain (26,5 %) qu'en milieu rural (14,1 %). La taille moyenne des ménages est plus élevée en milieu urbain (7,6) qu'en milieu rural (6,1). Comparativement aux résultats de l'EDS-RCA 94-95, la taille moyenne des ménages a augmenté dans les deux milieux de résidence: en 1995, elle était de 5,8 et de 4,4 respectivement en milieu urbain et milieu rural.

Tableau 2.1: Pourcentage des ménages selon la taille moyenne des ménages par milieu de résidence, RCA, MICS 2000, EDS-RCA 94-95.

Effectif et Taille moyenne	Milieu de résidence		Ensemble RCA	EDS-RCA 94/95
	Urbain	Rural		
1	2,3	3,0	2,7	13,5
2-3	11,8	19,9	17,0	28,0
4-5	20,9	26,3	24,4	23,9
6-7	22,5	22,8	22,7	16,3
8-9	16,0	14,0	14,7	5,0
10+	26,5	14,1	18,5	13,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Taille moyenne	7,6	6,1	6,6	4,9

Le tableau 2.2 montre que les ménages de plus de dix membres sont plus représentés à Bangui (33,4 %) et dans la préfecture de Vakaga (26,5 %). Dans la plupart des autres préfectures, la proportion des ménages qui comptent quatre à cinq membres est la plus élevée. Il s'agit des préfectures de la Kémo (26,6 %), de la Mambéré-Kadéï (23,9 %), de la Nana-Mambéré (29,9 %), de l'Ouham (28,6 %), de l'Ouham-Péndé (26,0 %), de la Ouaka (25,7 %), du Bamingui-Bangoran (24,9 %), de la Haute-Kotto (30,9 %) du M'Bomou (24,9 %) et de la Basse-Kotto (23,4 %).

La taille moyenne des ménages est supérieure à la moyenne nationale (6,6) à Bangui (8,4) et dans les préfectures de Vakaga (7,5), de l'Ombella-M'Poko (7,1), de la Lobaye (7,0), de la Sangha-M'Baéré (6,8) et de la Nana-Grébizi (6,7).

Tableau 2.2 : Pourcentage des ménages suivant leur taille et la taille moyenne des ménages par préfecture.

Préfecture	Pourcentage des ménages par taille						Total	Taille moyenne ménages
	1	2-3	4-5	6-7	8-9	10+		
Ombella- M'Poko	3,1	15,8	21,1	23,3	14,8	22,0	100	7,1
Kémo	2,9	16,9	26,6	24,4	13,3	15,9	100	6,3
Nana-Grébizi	2,5	15,3	22,9	24,1	17,5	17,7	100	6,7
Lobaye	1,5	13,5	24,3	24,3	16,4	19,9	100	7,0
Mambéré-Kadéï	1,0	17,4	23,9	22,8	16,4	18,4	100	6,6
Sangha-M'Baéré	1,5	17,4	22,9	24,2	16,4	17,5	100	6,8
Nana-Mambéré	4,6	22,6	29,9	21,1	10,3	11,5	100	5,7
Ouham	2,4	17,4	28,6	27,9	13,8	9,8	100	5,9
Ouham-Péndé	1,5	19,0	26,0	23,8	13,3	16,3	100	6,3
Ouaka	3,4	18,8	25,7	21,1	15,1	15,9	100	6,3
Bamingui-Bangoran	2,9	19,2	24,9	23,1	13,8	16,2	100	6,3
Haute-Kotto	4,0	25,5	30,9	19,2	9,6	10,8	100	5,5
Vakaga	2,1	13,8	23,3	19,4	15,0	26,5	100	7,5
M'bomou	5,9	20,5	24,9	21,3	14,5	12,9	100	5,9
Basse-Kotto	4,5	19,2	23,4	20,9	15,1	16,9	100	6,4
Haut-M'bomou	4,9	30,1	25,4	17,2	11,8	10,7	100	5,5
Bangui	1,9	8,8	18,8	20,5	16,6	33,4	100	8,4
Ensemble RCA	2,7	17,0	24,4	24,4	14,7	18,5	100	6,6

La proportion des ménages de plus de dix membres est supérieure à la moyenne nationale (18,5 %) à Bangui (33,4 %) et dans la RA1 (21,2 %). Dans toutes les Régions Administratives, sauf Bangui (39,3 %), plus de 40 % des ménages comptent entre 4 et 7 membres. Les ménages d'un seul membre sont faiblement observés dans toutes les Régions Administratives. Leur proportion est inférieure à 5 %, excepté la RA6 (5,1 %).

Tableau 2.3: Pourcentage des ménages suivant leur taille et la taille moyenne des ménages par région, RCA, MICS2000.

Régions	Pourcentage des ménages par taille						Total	Taille moyenne ménages
	1	2-3	4-5	6-7	8-9	10+		
Région Administrative	2,5	14,9	22,4	23,7	15,4	21,2	14932	7,0
RA1	2,2	19,0	25,7	22,5	14,5	16,1	17522	6,3
RA2	1,9	18,3	27,2	25,6	13,5	13,4	17257	6,1
RA3	3,1	17,6	25,3	22,5	15,2	16,3	11939	6,4
RA4	3,3	21,1	27,6	20,2	11,9	15,9	3539	6,2
RA5	5,1	21,0	24,2	20,6	14,5	14,6	11502	6,1
RA6	1,9	8,8	18,8	20,5	16,6	33,4	15806	8,4
Bangui	2,5	15,2	23,1	23,8	15,4	19,9	20457	6,9
Région Sanitaire	2,2	19,0	25,7	22,5	14,5	16,1	17522	6,3
RS1	1,9	18,3	27,2	25,6	13,5	13,4	17257	6,1
RS3	3,4	19,6	26,4	20,7	14,0	15,9	9953	6,2
RS4	5,1	21,0	24,2	20,6	14,5	14,6	11502	6,1
RS5	2,7	17,0	24,4	22,7	14,7	18,5	92497	6,6
Ensemble RCA	2,7	17,0	24,4	24,4	14,7	18,5	92497	6,6

2.1.2 Répartition des chefs de ménages

Les données sur les chefs des ménages sont présentées au tableau 2.4. La majorité des chefs de ménages en RCA sont des hommes (85 %) car les chefs de ménages de sexe féminin ne représentent que 15 %. La proportion des chefs de ménages de sexe féminin est relativement élevée à Bangui (21,5 %), dans les préfectures du Haut-M'Bomou (21,1 %) et du M'Bomou (20,4 %).

Aussi bien en milieu urbain (81,2 %) qu'en milieu rural (87,0 %), les chefs de ménages de sexe masculin sont les plus représentés. Par ailleurs, la proportion des chefs de ménages de sexe féminin est plus élevée en milieu urbain (18,8 %) qu'en milieu rural (12,9 %).

Tableau 2.4 : Pourcentage des chefs de ménages selon le sexe, par préfecture et milieu de résidence, RCA, MICS2000.

Préfecture et milieu de résidence	Sexe		Effectif de Chefs Ménage
	Masculin	Féminin	
Préfecture			
Ombella-M'Poko	85,1	14,9	1285
Kémo	85,6	14,3	438
Nana-Grébizi	85,4	14,6	415
Lobaye	87,5	12,5	850
Mambéré-Kadéï	90,8	9,2	1576
Sangha-M'Baéré	90,0	10,0	321
Nana-Mambéré	83,2	16,8	867
Ouham	84,1	15,7	1240
Ouham-Péndé	85,7	14,3	1575
Ouaka	86,0	14,0	1030
Bamingui-Bangoran	80,9	19,1	134
Haute-Kotto	86,7	13,3	300
Vakaga	86,5	13,5	142
M'Bomou	79,6	20,4	734
Basse-Kotto	89,3	10,7	979
Haut-M'Bomou	78,9	21,1	240
Bangui	78,5	21,5	1900
Milieu de résidence			
Urbain	81,2	18,8	4992
Rural	87,0	12,9	9041
Ensemble RCA	84,9	15,0	14033

Dans toutes les Régions Administratives, les chefs de ménages de sexe masculin sont les mieux représentés (tableau 2.5). En effet, plus de 80 % des chefs de ménages sont des hommes dans les six Régions Administratives sauf à Bangui où ils représentent 78,5 % du total. La proportion des chefs de ménages de sexe féminin dépasse la moyenne nationale de 15,1 % à Bangui (21,5 %) et dans la RA6 (15,8 %).

Tableau 2.5 : Pourcentage des chefs de ménages selon le sexe, par région, RCA, MICS2000.

Régions	Sexe		Effectif de Chefs Ménage
	Masculin	Féminin	
Région Administrative			
RA1	86,0	14,0	2135
RA2	88,3	11,7	2764
RA3	85,0	15,0	2816
RA4	85,8	14,2	1889
RA5	85,3	14,7	576
RA6	84,2	15,8	1953
Bangui	78,5	21,5	1900
Région Sanitaire			
RS1	85,9	14,1	2989
RS2	88,3	11,7	2764
RS3	85,0	15,0	2816
RS4	85,8	14,2	1611
RS5	84,2	15,8	1953
Ensemble RCA	84,9	15,1	14033

2.1.3 Tendances des pourcentages de chefs de ménage

Les résultats du tableau 2.6 indiquent une hausse de la proportion de chefs de ménages de sexe masculin au cours de ces cinq dernières années. En effet, elle est passée de 79 % en 1995 (EDS-RCA 94-95) à environ 85 % en l'an 2000 (MICS 2000), soit un écart de 6

points. Le même constat est observé par milieu de résidence. La proportion des chefs de ménages de sexe masculin est passée de 75 % à l'EDS-RCA 94-95 à 81 % à la MICS 2000 en milieu urbain. En milieu rural elle était de 81 % à l'EDS et est évaluée à 87 % à la MICS 2000.

Tableau 2.6: Evolution de la proportion des chefs de ménage selon le sexe, par milieu de résidence, de 1994-95 à l'an 2000.

Ensemble et milieu de résidence	% Chefs de ménage MICS2000		% Chefs de ménages EDS-RCA	
	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin
Milieu de résidence				
Urbain	81,2	18,8	74,9	25,1
Rural	87,0	12,9	81,2	18,8
Ensemble RCA	84,9	15,0	79,0	21,0

Les résultats présentés au tableau 2.7 révèlent qu'un peu plus de la moitié des chefs de ménages (52,3 %) sont âgés de 25 à 44 ans. Les chefs de ménages de moins de 30 ans représentent environ 17 %.

En outre, plus des trois quarts des chefs de ménages (76,4 %) n'ont pas dépassé le niveau primaire. En effet, 40,4 % des chefs de ménages n'ont jamais fréquenté l'école et 36 % ont atteint le niveau primaire.

Tableau 2.7 : Répartition des chefs de ménages par groupe d'âges et niveau d'instruction, RCA, MICS2000.

Groupe d'âges et niveau d'instruction	Pourcentage MICS2000	Effectif des chefs ménages
Groupe d'âges		
15-19	1,0	135
20-24	5,8	809
25-29	10,1	1403
30-34	13,8	1928
35-39	14,8	2061
40-44	13,6	1896
45-49	10,7	1490
50-54	9,7	1359
55-59	6,9	956
60-64	6,1	853
65-69	3,0	419
70+	3,5	489
ND	1,0	129
Total	100,0	
Niveau d'instruction		
Aucun niveau	41,8	5683
Primaire	36,0	5015
Secondaire +	23,2	3232
Ensemble RCA	100,0	13930

2.1.4 Structure par âge de la population

a) Pyramide des âges de la population

La structure par âge et par sexe de la population d'un pays à un instant donné est fonction de la fécondité, de la mortalité et de la migration au cours des années ayant précédé la date d'observation. La pyramide des âges reflète donc l'histoire démographique du pays au cours de plusieurs années passées. Ainsi, la structure par âge et par sexe de la population de la RCA issue de l'enquête MICS 2000 donne la pyramide des âges présentée ci-dessous.

La forme de la pyramide des âges de la population centrafricaine fait apparaître certaines caractéristiques des pays à fécondité élevée, à savoir :

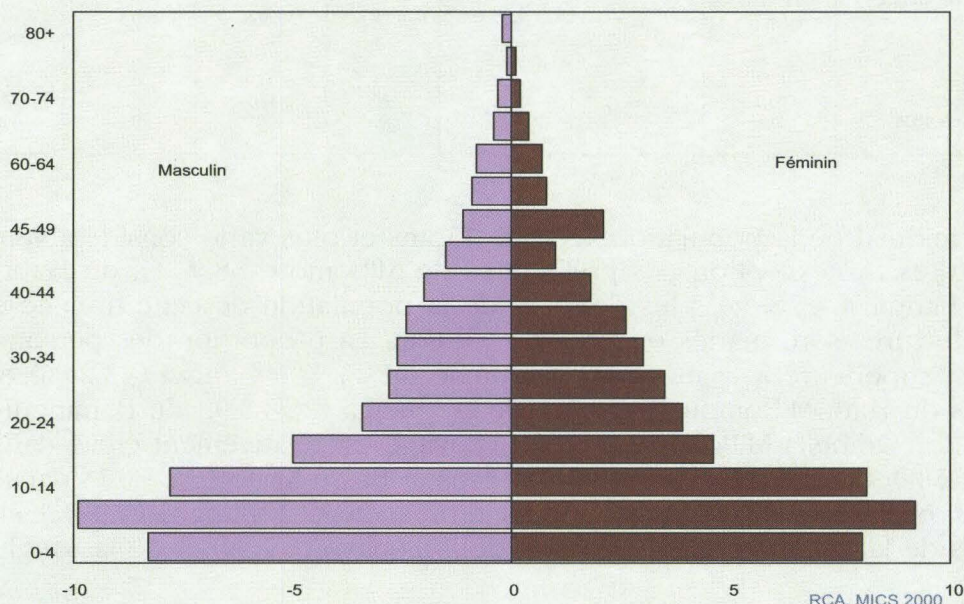
- Une base très large caractéristique des pays à forte fécondité ;
- Un rétrécissement rapide au sommet.

On note un déséquilibre à la base de la pyramide marqué par une sous-représentation des enfants de 0-4 ans observée depuis 1995 (EDS 1994/95) et l'inégalité des effectifs à la naissance des garçons et des filles. Une baisse récente de la fécondité ou une mauvaise déclaration de l'âge des enfants constituent les deux hypothèses plausibles. Cette pyramide se rétrécit au fur et à mesure que l'âge augmente avec un déséquilibre d'effectif en faveur de la partie féminine. Cependant, il y a une sur-représentativité masculine dans la tranche 15-19 ans. Cette situation pourrait provenir soit des erreurs des déclarations d'âge des filles mères (surestimation de l'âge pour raison de plusieurs maternités), soit du phénomène d'attraction à des âges ronds, soit d'une mortalité élevée des adolescentes suite à des maternités précoces. Par ailleurs, on observe un pic accentué en faveur du sexe féminin dans la tranche 45-49 ans. Ce type de déformation a été déjà observé dans la même tranche d'âge au cours de l'EDS-RCA 94-95. Cette situation fait apparaître, dans cette tranche d'âges, un effectif des femmes égal à environ le double de celui des hommes.

Tableau 2.8: Répartition en % de la population des ménages par groupe d'âges selon le sexe, RCA, MICS2000

Groupe d'âge	Masculin	Féminin	Total
0-4	8,3	8,0	16,3
5-9	9,9	9,2	19,1
10-14	7,8	8,1	15,9
15-19	5,0	4,6	9,6
20-24	3,4	3,9	7,3
25-29	2,8	3,5	6,3
30-34	2,6	3,0	5,6
35-39	2,4	2,6	5,0
40-44	2,0	1,8	3,8
45-49	1,5	1,0	2,5
50-54	1,1	2,1	3,2
55-59	0,9	0,8	1,7
60-64	0,8	0,7	1,5
65-69	0,4	0,4	0,8
70-74	0,3	0,2	0,5
75-79	0,1	0,1	0,2
80+	0,1	0,0	0,1
ND	0,2	0,1	0,3
Total	49,4	50,6	100,0

Graphique 2.1 : Pyramide des âges de la population



b) Structure par grand groupe d'âges de la population

L'analyse des structures par grand groupe d'âges de la population centrafricaine issue des dernières opérations révèle que cette population demeure en majorité jeune. La proportion de la population de moins de 15 ans qui représentait 46 % à l'EDS-RCA, est évaluée à 50,3 % à l'enquête Avitaminose de 1998-1999 et à 51,3 % à l'enquête MICS 2000. D'une manière générale, les structures de la population obtenues au cours des deux dernières enquêtes sont presque identiques.

Tableau 2.9a : Pourcentage de la population par grand groupe d'âges aux différentes opérations

Grand groupe d'âges	RGP de 1988	EDS RCA 94-95	Enquête Avitaminose A. 98-99	MICS2000
< 15 ans	43	46	50,3	51,5
15-59 ans	52	49	45,5	45,3
60 ans ou +	5	5	3,2	3,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

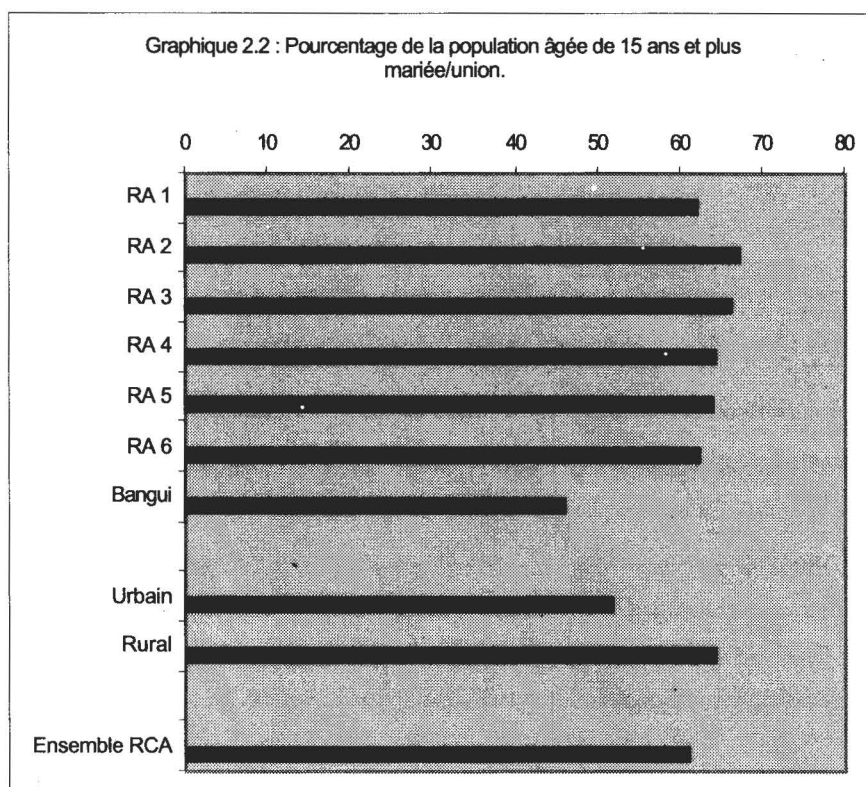
2.1.5 Caractéristiques de la population selon l'état matrimonial

Les données consignées dans le tableau 2.9a révèlent que 61 % de la population au niveau national âgée de 15 ans et plus sont mariés ou vivent en union, 23 % sont célibataires (jamais mariés), 5,9 % se sont séparés de leur conjoint ou conjointe, 5,6 % sont veufs(ves) et 4 % se sont divorcés. Le mariage ou l'union consensuelle est plus prononcée en milieu rural (68 %) qu'en milieu urbain (51,7 %) contrairement au célibat qui est plus observé en milieu urbain (29,6 %) qu'en milieu rural (18 %). Aussi, convient-il de noter que le niveau du veuvage (6 % en milieu urbain contre 5,3 % en milieu rural) et celui du divorce (4,4 % en milieu urbain contre 3,8 % en milieu rural) ne varient pas sensiblement selon le milieu de résidence. Par ailleurs, parmi la population mariée ou vivant en union, 52 % sont du sexe masculin.

Tableau 2.9b : Pourcentage de la population selon l'état matrimonial par sexe et milieu de résidence.

Caractéristiques	Etat matrimonial						Effectif
	Marié/En union	Veuf	Divorcé	Séparé	Jamais marié	ND	
Milieu résidence							
Urbain	51,7	6,0	4,4	7,8	29,6	0,5	19334
Rural	64,1	5,3	3,8	4,4	18,0	0,4	25639
Sexe							
Masculin	52,0	5,3	3,8	4,4	34,0	0,5	21730
Féminin	64,1	1,7	2,2	3,9	12,7	0,4	23243
Ensemble RCA	61,0	5,6	4,0	5,9	23,0	0,4	44973

L'état matrimonial de la population âgée de 15 ans et plus varie considérablement selon les préfectures. A l'exception des préfectures du M'bomou (58,9 %), du Haut-M'bomou (58 %) et Bangui (45,8 %), plus de 60 % de la population de cette tranche d'âges des autres préfectures sont mariés ou vivent en union. La proportion des personnes jamais mariées est supérieure à la moyenne nationale de 23 % à Bangui (33,2 %) et dans les préfectures du Haut-M'Bomou (26,6 %), de la Vakaga (26,3 %), du Bamingui-Bangoran (26 %) et de l'Ombella-M'Poko (24 %). Le veuvage est relativement élevé dans la Nana-Grébizi (7,2 %), dans le M'bomou (6,9 %), dans la Basse-Kotto (6,2 %) et dans la Lobaye (6 %). Les personnes séparées sont plus représentées à Bangui (9,4 %) et dans les préfectures de la Mambéré-Kadéï (7,6 %), de la Lobaye (6,7 %) et de la Sangha-M'Baéré (6,2 %).



2.2 CARACTERISTIQUES DES LOGEMENTS

2.2.1 Nombre de pièces des logements

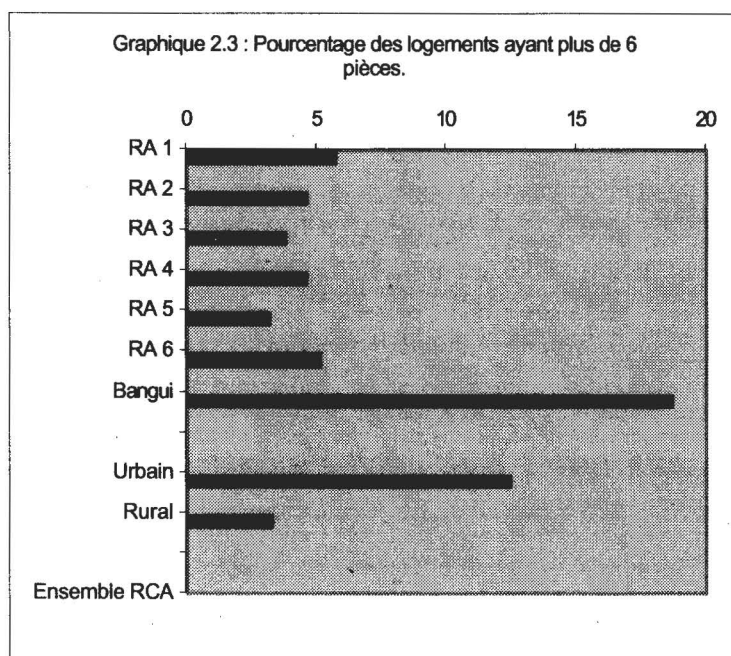
Est considérée comme une pièce un endroit où les membres du ménage peuvent passer la nuit. Elle comprend une chambre ou un salon. Par contre, les cuisines et les magasins sont exclus s'ils ne remplissent pas ces conditions.

Les résultats de l'enquête MICS 2000 révèlent qu'il y a en moyenne 3 pièces par logement. Le nombre moyen de pièces par logement est de 4 en milieu urbain contre 3 en milieu rural. Ce nombre moyen de pièces est largement faible eu égard à la taille moyenne de ménage si élevée de 6,6, au niveau national, 7,6 en milieu urbain et 6,1 en milieu rural.

Environ deux logements sur trois (65,7 %) qu'occupent les ménages au niveau national comptent deux à quatre pièces : 22,7 % des logements ont trois pièces, 22,4 % ont deux pièces et 20,6 % ont quatre pièces. Egalement 17,6 %, 9,5 %, et 6,5 % des logements des ménages contiennent respectivement une, cinq et six pièces ou plus.

Les proportions des logements de deux à quatre pièces sont presque identiques en milieu urbain qu'en milieu rural: environ 65 % en milieu urbain contre 66,4 % en milieu rural. En outre, les logements d'une seule pièce sont plus représentés en milieu rural (23,3 %) qu'en milieu urbain (7,3 %). De même, ceux comptant au moins cinq pièces sont plus fréquents en milieu urbain (27,9 %) qu'en milieu rural (9,6 %).

Les données montrent que dans les préfectures du Haut-M'Bomou, du M'Bomou, de la Vakaga et de la Nana-Mambéré, les logements à une pièce sont les plus nombreux. En effet, ils représentent 43,1 %, 34,6 %, 33,6 % et 29 % respectivement dans les préfectures



2.2.2 Matériaux du plancher du logement

Les informations sur les matériaux du plancher ont été obtenues par observation directe. Le plancher de la majorité (85,2 %) des logements au niveau national est en terre battue comme indiqué dans le tableau ci-dessous. Seulement 13% des logements ont un plancher en ciment tandis ceux qui sont en carreaux sont rares (0,5 %). En milieu urbain, 69,2% des logements ont un plancher en terre battue. Ceux qui ont un plancher en ciment représentent 28,9 %. Cependant, la quasi-totalité des logements en milieu rural sont construits avec un plancher en terre battue (94 %) contre à peine 3,5 % de plancher en ciment.

L'analyse au niveau préfectoral révèle que la proportion des logements ayant un plancher en ciment est supérieure à la moyenne nationale de 12,6 % à Bangui (43,1%), dans les préfectures de la Sangha-M'baéré (15,8 %) et de la Nana-Mambéré (13,4%). Cette proportion est très faible dans les préfectures de l'Ouham (1,9 %), de la Haute-Kotto (2,2%) et de la Basse-Kotto (2,7%).

Tableau 2.13: Pourcentage des logements par type de matériaux du plancher par préfecture et milieu de résidence.

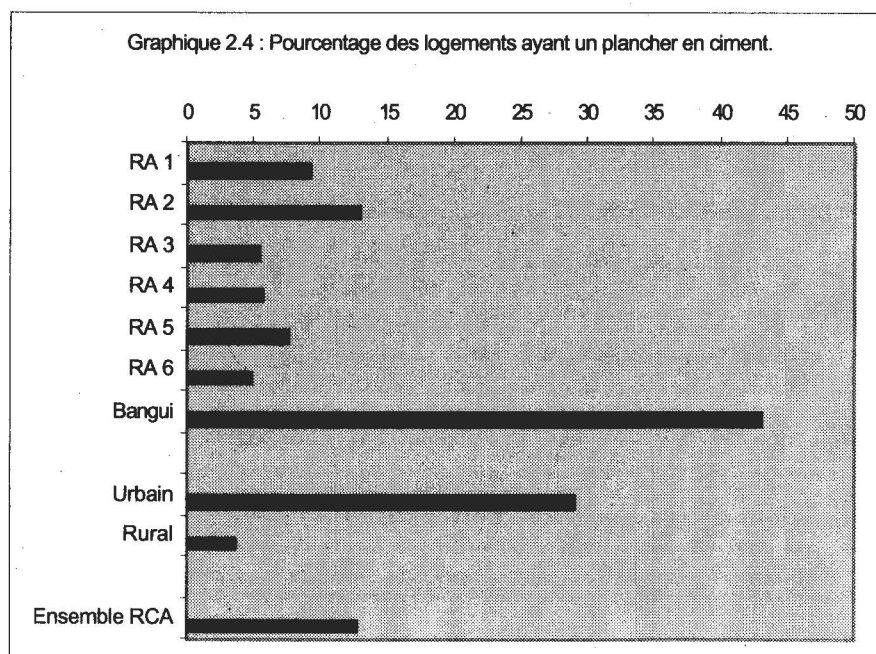
Préfectures et milieu de résidence	Matériaux du sol du logement						Nombre total des ménages
	Carreaux	Planche	Terre battue/Paille	Ciment/ Dalle	Autre	N/D	
Préfecture							
Ombella-M'Poko	0,5	0,5	87,0	11,0	0,8	0,1	1285
Kémo	0,3	0,4	95,4	3,8	0,1	0,0	438
Nana-Grébizi	0,3	0,3	95,2	4,2	0,0	0,1	415
Lobaye	0,4	1,5	91,6	6,2	0,3	0,0	850
Mambéré-Kadéï	0,2	4,3	83,5	11,9	0,0	0,1	1576
Sangha-M'Baéré	0,4	6,5	76,9	15,8	0,3	0,0	321
Nana-Mambéré	0,4	0,0	86,1	13,4	0,1	0,0	867
Ouham	0,5	0,4	97,2	1,9	0,0	0,0	1240
Ouham-Péndé	0,2	4,6	87,1	8,2	0,0	0,0	1575
Ouaka	0,5	0,0	92,5	6,8	0,0	0,2	1035
Baming-Bangoran	0,0	0,5	92,8	6,7	0,0	0,0	134
Haute-Kotto	0,1	10,4	79,0	10,3	0,1	0,0	300
Vakaga	0,1	0,0	96,5	2,2	0,9	0,3	142
M'Bomou	0,2	0,0	94,9	4,8	0,0	0,1	734
Basse-Kotto	0,3	0,4	94,1	5,3	0,0	0,0	979
Haut-M'Bomou	0,4	0,9	95,4	2,7	0,5	0,1	240
Bangui	1,3	0,2	55,2	43,1	0,1	0,0	1900
Milieu résidence							
Urbain	0,8	1,1	69,2	28,9	0,0	0,0	4992
Rural	0,3	2,0	94,0	3,5	0,2	0,1	9041
Ensemble RCA	0,5	1,6	85,2	12,6	0,1	0,1	14033

Les résultats indiquent que dans toutes les régions administratives, sauf Bangui (43,1 %) et la RA2 (12,8 %), la proportion des logements ayant un plancher en ciment est inférieure à 10 %. Les logements ayant le plancher en bois (planche) sont plus représentés dans les RA5 (5,6 %), RA2 (3,2 %) et RA3 (2,7 %).

Tableau 2.14 : Pourcentage des logements par type de matériaux du plancher selon la Région, RCA, MICS2000.

Régions	Matériaux du sol du logement						Nombre total des ménages
	Carreaux	Planche /bois	Terre battue /Paille	Ciment /Dalle	Autre	N/D	
Région Administrative							
RA1	0,5	0,9	88,9	9,1	0,6	0,1	2135
RA2	0,3	3,2	83,6	12,8	0,1	0,0	2764
RA3	0,3	2,7	91,5	5,4	0,0	0,0	2816
RA4	0,4	0,2	93,7	5,5	0,0	0,1	1889
RA5	0,1	5,6	86,5	7,5	0,3	0,1	576
RA6	0,2	0,3	94,6	4,8	0,1	0,0	1953
Bangui	1,3	0,2	55,2	43,1	0,1	0,0	1900
Région Sanitaire							
RS1	0,4	0,8	90,7	7,6	0,4	0,1	2989
RS2	0,3	3,2	83,6	12,8	0,1	0,0	2764
RS3	0,3	2,7	91,5	5,4	0,0	0,0	2816
RS4	0,4	2,0	90,3	7,1	0,1	0,2	1611
RS5	0,2	0,3	94,6	4,8	0,1	0,0	1953
Ensemble RCA	0,5	1,6	85,2	12,6	0,1	0,0	14033

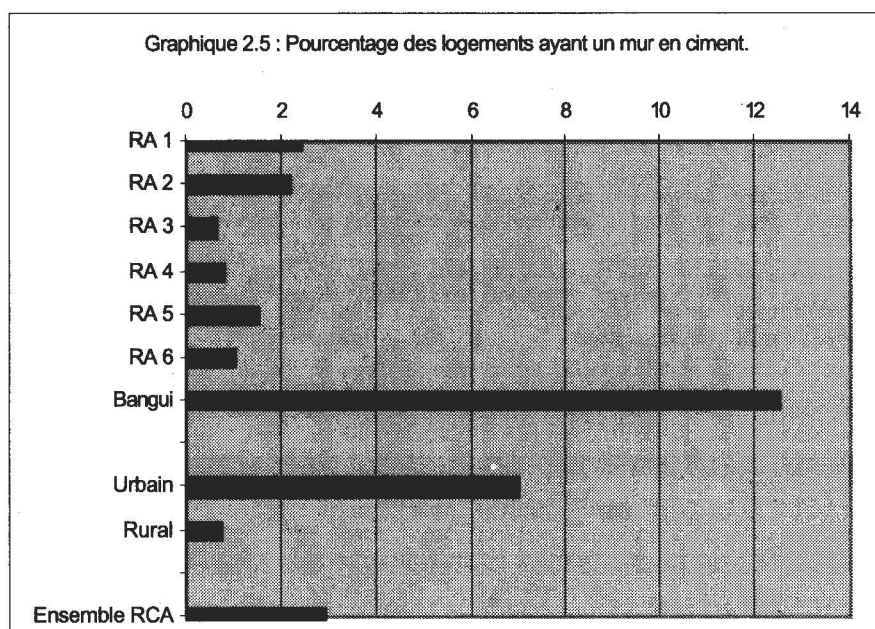
Graphique 2.4 : Pourcentage des logements ayant un plancher en ciment.



2.2.3 Matériaux du mur des logements

Les données du tableau 2.15 montrent que 79,8 % des logements au niveau national ont un mur construit en briques de terre, 9 % en terre battue et 3 % en ciment. Il convient de noter que les logements ayant un mur en briques cuites représentent seulement 2,5 % du total des logements du territoire national. Ces proportions varient selon le milieu de résidence. En effet, 81,9 % des logements en milieu urbain ont un mur construit en briques de terre contre 78,6 % de logements en milieu rural. La proportion des logements ayant un mur en terre battue est plus élevée en milieu rural (11,2 %) qu'en milieu urbain (5 %).

La quasi-totalité des logements dans certaines préfectures ont un mur construit en briques de terre. Il s'agit de préfectures de la Nana-Grébizi (95,1 %), de l'Ouham (94,9 %), du Bamingui-Bangoran (92,0 %) et de la Nana-Mambéré (90,7 %). La terre battue et



2.2.4 Matériaux du toit

En RCA, d'après le tableau 2.17, la majorité des logements des ménages ont un toit confectionné à partir des matériaux locaux. En effet, 56,5 % des logements sur le territoire national ont un toit en paille, 13,5 % en bambou et seulement 29,2 % en tôle. Cette faible couverture de toit de logement en tôle en RCA (moins du tiers) met en évidence la pauvreté monétaire des ménages en République Centrafricaine avec 62 % de ménages qui vivent en dessous du seuil de pauvreté de 10.030 F de dépenses mensuelles (Enquête Prioritaire Centrafricaine Auprès des Ménages de 1992).

En milieu urbain, les ménages font plus usage de la tôle (63,5 %) pour le toit de leur logement, contrairement au milieu rural où c'est la paille qui est plus utilisée. Seulement 10,3 % des ménages en milieu rural utilisent la tôle pour le toit de leurs logements. En outre, on note encore une proportion relativement élevée des ménages urbains qui ont le toit de leur logement en paille (29,4 %).

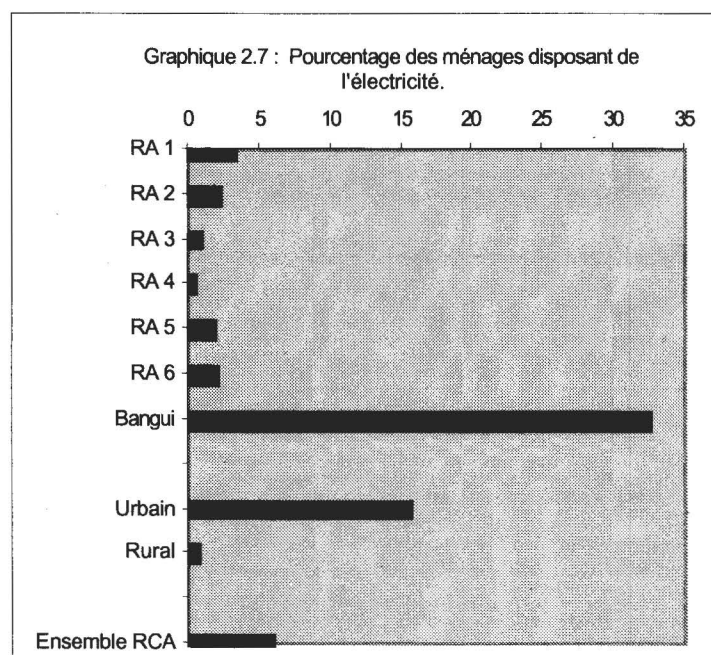
L'usage des types de matériaux de toit varie d'une préfecture à une autre. Les logements ayant un toit en paille sont presque inexistant à Bangui (2,2 %), relativement faibles dans la préfecture de la Sangha-M'baéré (9,7 %) et relativement élevés dans les préfectures de la Mambéré-Kadéï (27,3 %), de la Lobaye (33,9 %) et de l'Ombella-M'Poko (37,4 %). Plus de la moitié des logements des préfectures de la Sangha-M'baéré (54,5 %) et de la Mambéré-Kadéï (50,7 %) ont un toit en bambou. La quasi-totalité (96,3 %) des logements à Bangui ont un toit en tôle. Il en est de même pour 47,7 % et 27,8 % des logements respectivement dans les préfectures de l'Ombella-M'poko et de la Sangha-M'baéré.

Ouham	63,9	43,0	1,0	4,1	1240
Ouham-Péndé	77,3	29,2	0,9	7,3	1575
Ouaka	83,1	27,6	0,8	6,3	1035
Bam-Bangoran	77,8	35,6	1,3	12,2	134
Haute-Kotto	92,5	15,9	2,4	5,9	300
Vakaga	62,2	38,9	1,1	8,4	142
M'Bomou	79,3	35,4	0,3	5,0	734
Basse-Kotto	68,4	30,2	3,6	6,3	979
Haut-M'Bomou	45,1	35,4	1,0	16,2	240
Bangui	75,0	0,9	32,6	1,9	1900
Milieu résidence					
Urbain	85,6	7,0	15,6	4,6	4992
Rural	79,3	27,7	0,7	5,9	9041
Ensemble-RCA	81,5	20,4	6,0	5,5	14033

Plus de 8 ménages sur 10 dans les RA2 (93,1 %), RA1 (92,3 %), RA4 (85,6 %) et RA5 (81,6 %) utilisent la lampe à pétrole pour l'éclairage. Dans toutes les régions administratives, sauf Bangui (32,6 %), la proportion des ménages qui disposent de l'électricité est inférieure à 4 %. La proportion des ménages qui recourent au bois de chauffe pour l'éclairage est très faible à Bangui (0,9 %) mais relativement élevé dans les RA3 (35,3 %) et RA6 (32,8 %).

Tableau 2.22: Pourcentage des ménages selon le mode d'éclairage par Région, RCA, MICS2000.

Régions	Pétrole (lampe)	Bois de chauffe	Electricité	Autres	Effectif des ménages
Région Administrative					
RA1	92,9	14,2	3,4	4,5	2135
RA2	93,1	9,2	2,2	6,7	2764
RA3	71,4	35,3	1,0	5,9	2816
RA4	85,8	26,4	0,6	5,5	1889
RA5	81,6	26,1	1,8	8,0	576
RA6	69,7	32,8	2,0	7,0	1953
Bangui	75,0	0,9	32,6	1,9	1900
Région Sanitaire					
RS1	91,8	17,3	2,5	4,5	2989
RS2	93,1	9,2	2,2	6,7	2764
RS3	71,4	35,3	1,0	5,9	2816
RS4	82,6	27,1	1,1	6,9	1611
RS5	69,7	32,8	2,0	7,0	1953
RS5	81,5	20,4	6,0	5,5	14033
Ensemble RCA					



CONCLUSION

Les résultats de l'enquête MICS 2000 révèlent que le statut socio-économique des ménages est très très faible en RCA. A peine 29 % de logements ont leur toit en tôle, seulement 46 % de ménages disposent d'un poste radio; à peine 3,5 % ont un poste téléviseur, seulement 6 % utilisent l'électricité pour l'éclairage et 98,8 % de ménages font usage du bois de chauffe pour la cuisson. Parallèlement aux faibles capacités financières des ménages illustrées par ce faible taux d'équipement, il y a promiscuité au sein des ménages avec une taille moyenne de ménage très élevée (6,6) par rapport à un nombre limité (3) de pièces dans les logements.

Cet environnement économique et social très précaire des ménages qui est en rapport avec le faible niveau de développement économique et social du pays constitue un facteur très négatif pour la promotion de la survie, de développement et de protection des enfants et des femmes en RCA illustrés par les indicateurs sociaux présentés dans les prochains chapitres. La prise en charge efficace par les familles des soins et de l'éducation d'une proportion si importante des enfants (51,5 % ont moins de 15 ans) se trouve fortement compromise en République Centrafricaine.

CHAPITRE 3 : MORTALITE DES ENFANTS

La survie des enfants est l'un des trois domaines prioritaires prescrits par la Convention sur les droits de l'enfant. L'objectif fixé pour les pays en voie de développement lors du sommet mondial pour les enfants de 1990 était de réduire du tiers le taux de mortalité infantile à l'horizon 2000, soit pour le cas de la RCA, ramener le taux à environ 88 pour mille. Le niveau de mortalité des enfants de moins de 5 ans est un indicateur important pour mesurer le degré de développement d'un pays.

Trois types d'indicateurs sont estimés par méthode indirecte au cours de l'enquête MICS 2000 :

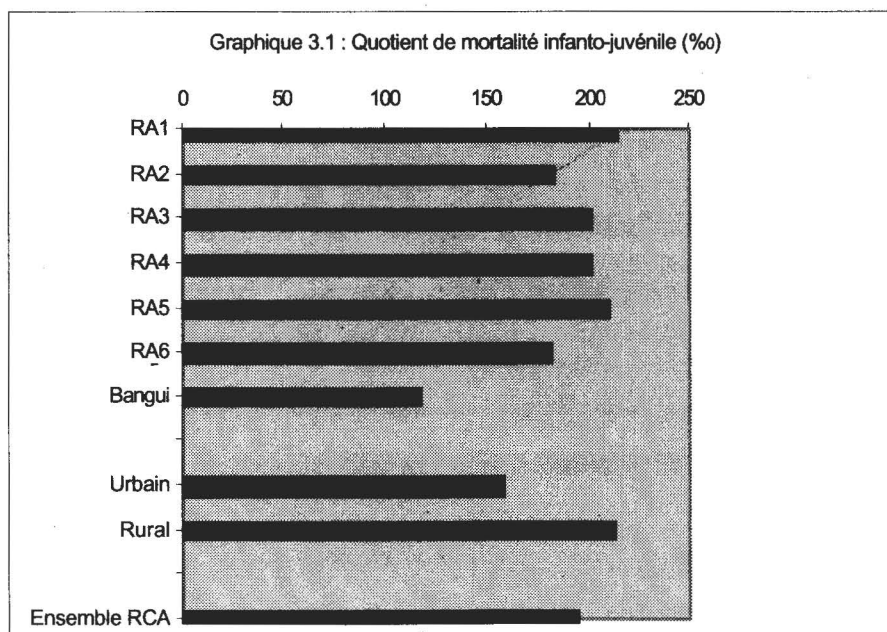
- Le quotient de mortalité infantile communément appelé taux de mortalité infantile (1Q0) qui mesure à la naissance, la probabilité de décéder avant d'atteindre le premier anniversaire ;
- Le quotient de mortalité juvénile (4q1) qui mesure chez les enfants âgés d'un an exact, la probabilité de décéder avant d'atteindre le cinquième anniversaire ;
- Le quotient de mortalité infanto-juvénile (5q0) qui mesure à la naissance, la probabilité de décéder avant d'atteindre le cinquième anniversaire.

La méthode retenue pour les enquêtes mondiales MICS en vue d'estimer les différents indicateurs de la mortalité infanto-juvénile est celle de W. BRASS, adaptée par TRUSSELL (Manuel X des Nations Unies). Les niveaux de mortalité retenus en RCA sont ceux du modèle nord de la table type de mortalité de Coale et Demeny pour les femmes du groupe d'âges 25-29 ans. Cette méthode donne une estimation plus fiable du taux de mortalité infanto-juvénile ; par contre les taux de mortalité infantile et juvénile peuvent être sous-estimés ou surestimés. A cet effet, il a été recommandé pour l'estimation du taux de mortalité infantile et du taux de mortalité juvénile, de faire recours aux proportions respectives de ces 2 indicateurs issues des taux observés à une Enquête Démographique et de Santé afin de l'appliquer au taux de mortalité infanto-juvénile estimé par MICS 2000. Les résultats obtenus ne donnent pas trop d'écart par rapport à l'estimation initiale par MICS.

D'après les résultats, en RCA, sur mille naissances vivantes, 194 meurent avant leur cinquième anniversaire, 130.6 décèdent avant leur premier anniversaire et sur 1000 enfants âgés de 1 an, 73 décèdent avant d'avoir l'âge de 5 ans. L'année de référence pour ces estimations d'après le logiciel QFIVE, est 1996.

3.1 MORTALITE INFANTO-JUVENILE

Les résultats de l'enquête MICS 2000 révèlent que sur 1000 enfants nés vivants, 194 meurent avant 5 ans soit environ 2 enfants sur 10 qui décèdent avant d'avoir l'âge de 5 ans. Le taux de mortalité infanto-juvénile est plus élevé en milieu rural (212 o/oo) qu'en milieu urbain (158 o/oo). La RCA a le même niveau de mortalité infanto-juvénile que le Tchad (194 o/oo d'après MICS 2000 Tchad) mais un niveau plus élevé que celui du Cameroun (157 o/oo en l'an 2000).



Le niveau de mortalité des enfants de moins de 5 ans varie selon les préfectures. Les taux très élevés (supérieurs à 200 o/oo) sont observés dans la Haute Kotto, le Bamingui-Bangoran, la Vakaga, la Lobaye, l’Ouham et la Nana-Grébiz

Tableau 3.1 : Quotients de mortalité (%) infanto-juvénile selon les préfectures et le milieu de résidence, RCA, MICS2000.

Caractéristiques	Quotient de mortalité infanto-juvénile MICS2000
Préfectures	
Ombella-M’Poko	183
Kémo	181
Nana Grébizi	234
Lobaye	221
Mambéré Kadéï	116
Sangha Mbaéré	178
Nana Mambéré	190
Ouham	223
Ouham-Péndé	180
Ouaka	193
Bamingui Bongoran	206
Haut Kotto	204
Vakaga	220
Mbomou	188
Basse Kotto	190
Haut Mbomou	176
Bangui	118
Milieu de Résidence	
Urbain	158
Rural	212
Ensemble	194

NB : date de référence des estimations est 1996

Tableau 3.2 : Quotients de mortalité infanto-juvénile (en %) selon les régions.

Régions	Quotients de mortalité infanto-juvénile MICS200	Quotients de mortalité infanto-juvénile EDS1995
Régions Sanitaires		
RS1	210	180,3
RS2	182	191,2
RS3	201	169,4
RS4	205	130,9
RS5	181	153,3
Bangui	117	112,1
Région Administrative	214	-
RA1	182	-
RA2	201	-
RA3	201	-
RA4	210	-
RA5	181	-
RA6	117	-
Bangui		
Ensemble	194	157

Selon le découpage administratif, 4 régions administratives sur 7 (y compris Bangui) ont des taux de mortalité infanto-juvénile qui dépassent 200 o/oo. Il s’agit de RA1 (214 o/oo), RA 4(210 o/oo).

La mortalité des enfants de moins de cinq ans varie selon le sexe. Le taux de mortalité infanto-juvénile des garçons (206 %) est plus élevé que celui des filles (180 %).

Il ressort du tableau 3.3 que les enfants issus des mères sans niveau d’instruction courent plus de risque de décéder avant leur cinquième anniversaire (204 %) que les enfants appartenant aux mères du niveau primaire ou secondaire (194 % et 143 %).

Tableau 3.3 : Quotients de mortalité infanto-juvénile (en %) selon le sexe et le niveau d'instruction de la mère.

Caractéristiques	Quotient de mortalité infanto-juvénile 5Q0-MICS	Quotient de mortalité infanto-juvénile EDS 1994/95
1. Sexe		
Masculin	206	165,2
Féminin	180	151,7
2. Niveau d'instruction		
Mère	204	175,2
sans niveau	194	158,8
primaire	143	83,9
secondaire ou +		
Ensemble RCA	194	157

3.2 MORTALITE INFANTILE

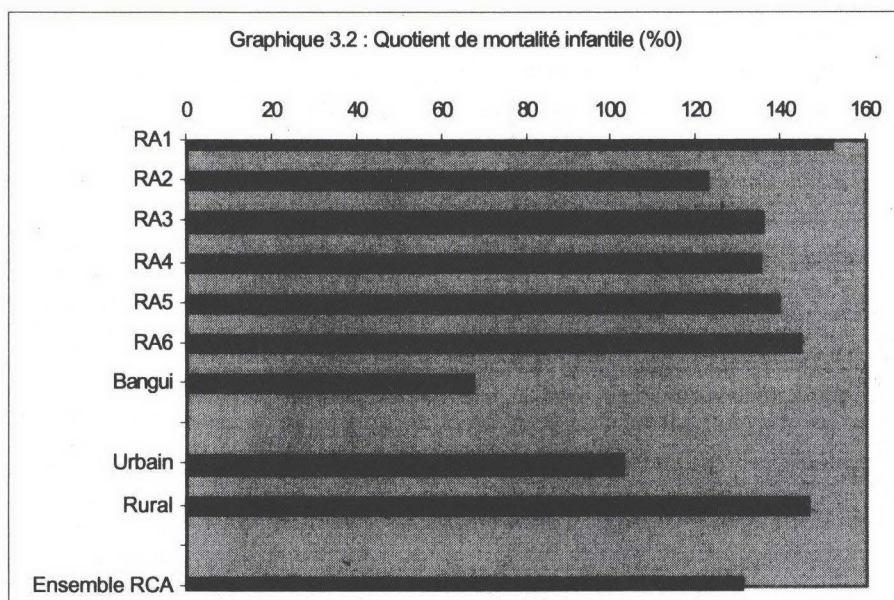
Les données du tableau 3.3 montrent que le taux de mortalité infantile est de 130,6 pour mille au niveau national. Ce niveau de mortalité est élevé lorsqu'on le compare à certains pays d'Afrique Centrale comme le Tchad où le taux de mortalité infantile est de 102 o/oo en 2000 (MICS) et le Cameroun où le taux y est de 92 o/oo. Il y a une nette différence entre le niveau de mortalité infantile en milieu urbain (102 o/oo) et en milieu rural (146 o/oo). Cette situation se justifierait, en partie, par l'insuffisance des infrastructures et équipements sanitaires ainsi que du personnel de santé en milieu rural.

D'autre part, des écarts assez importants de niveaux de mortalité infantile sont observés entre les préfectures avec des taux de mortalité infantile qui varient de 67 o/oo à 166 o/oo. Le taux de mortalité infantile est relativement faible à Bangui (67 o/oo) et dans les préfectures de la Sangha-Mbaéré (116 o/oo) et l'Ouham-Péndé (120 o/oo), par contre il est très élevé dans la Nana-Grébizi (159,4 o/oo), la Mambéré-Kadéï (166,4 o/oo), la Basse-Kotto (152 o/oo), l'Ouham (151,7 o/oo) et la Lobaye (150 o/oo).

Malgré les interventions de certains partenaires au développement en faveur des femmes et des enfants dans certaines préfectures telles que la Nana-Grébizi (159 o/oo) et l'Ouham (130 o/oo), les taux de mortalité infantile qui y demeurent encore très élevés indiquent que beaucoup d'efforts restent encore à faire.

Tableau 3.4 : Quotients de mortalité (%) infantile selon les préfectures et le milieu de résidence.

Préfecture et milieu de résidence	Quotient de mortalité infantile MICS2000	Quotient de mortalité infantile RGP1988
Préfectures		
Ombella-M'Poko	122,9	107,8
Kémo	121,6	147,4
Nana Grébizi	159,4	117,3
Lobaye	150,4	128,4
Mambéré Kadéï	166,4	95,3
Sangha Mbaéré	119,0	142,2
Nana Mambéré	130,0	113,9
Ouham	151,7	140,5
Ouham-Péndé	120,3	74,4
Ouaka	127,9	114,2
Bamingui Bongoran	138,0	122,0
Haute Kotto	143,0	149,9
Vakaga	146,8	147,3
Mbomou	149,7	134,3
Basse Kotto	152,0	134,8
Haut Mbomou	139,8	129,8
Bangui	68,3	98,2
Milieu de Résidence		
Urbain	102,3	ND
Rural	146,2	ND
Ensemble RCA	130,6	132



L'analyse de la mortalité des enfants de moins d'un an par région sanitaire donne des niveaux de mortalité très élevés par rapport à la moyenne nationale (131 o/oo) dans la plupart des régions sanitaires sauf Bangui et la RS2 qui ont respectivement des taux de mortalité infantile de 67 o/oo et 122 o/oo.

L'étude de la mortalité des enfants de moins d'un an selon les Régions Administratives présente également des taux de mortalité au-dessus de la moyenne nationale dans toutes les RA à l'exception de Bangui (68,3 o/oo) et la RA2 (122,2 o/oo).

Tableau 3.5 : Quotients de mortalité infantile(%o) par région.

Régions	Quotient de mortalité infantile MICS2000	Quotient de mortalité infantile EDS1995
Région Sanitaire		
RS1	142,7	151,1
RS2	122,2	122,7
RS3	135,7	109,3
RS4	136,7	82,6
RS5	144,4	116,8
Bangui	67,2	62,7
Région Administrative		
RA1	152,1	-
RA2	122,2	-
RA3	135,7	-
RA4	134,6	-
RA5	139,2	-
RA6	144,4	-
Bangui	67,2	-
Ensemble RCA	130,6	97

Dans l'ensemble, les variables sexe de l'enfant, milieu de résidence et niveau d'instruction de la mère influent également sur la mortalité infantile.

Le tableau ci-dessous indique un niveau élevé de la mortalité infantile chez les garçons (144 o/oo) par rapport aux filles (117 o/oo). Il y a un écart relatif de 27 o/oo en défaveur des garçons qui résulterait du phénomène naturel de la survie des filles pendant la petite enfance.

Les résultats de la présente enquête attestent que les enfants issus des mères du niveau secondaire courent moins de risques de décéder que ceux issus des mères du niveau primaire ou sans niveau. Ces risques sont respectivement de 92 o/oo chez les enfants

des mères du secondaire, 129 o/oo pour les enfants ayant les mères du niveau du primaire et 140 o/oo chez ceux des mères ayant aucun niveau d'instruction.

Tableau 3.6 : Quotients de mortalité (%) infantile selon le sexe et le niveau d'instruction de la mère.

Caractéristiques	Quotient de mortalité infantile MICS2000	Quotient de mortalité infantile EDS1995
1. Sexe		
Masculin	143,9	109,2
Féminin	117,2	94,1
2. Niveau d'instruction		
Mère		
sans niveau	140,4	114,2
primaire	128,5	100,2
secondaire et +	92,4	52,1
Ensemble RCA	130,6	97

3.3 MORTALITE JUVENILE

Les données de l'enquête MICS 2000 ont permis de calculer par la méthode indirecte le risque pour un enfant âgé de 1 an de décéder avant le cinquième anniversaire. Le taux de mortalité juvénile est estimé à 73 o/oo pour l'ensemble de la République Centrafricaine. Ce taux est plus élevé en milieu rural (78,8 o/oo) qu'en milieu urbain (62,7 %).

L'analyse par préfectures montre un niveau faible de mortalité juvénile à Bangui (54 o/oo), dans le Haut-Mbomou (44 o/oo), dans la Basse-Kotto (48 o/oo) et dans le Mbomou (47 o/oo). Par contre, certaines préfectures présentent des indices de mortalité juvénile de plus de 75 o/oo. C'est le cas de la Nana-Grébizi (89,6 %), l'Ouham (85,3 %) et la Vakaga (86,2 %).

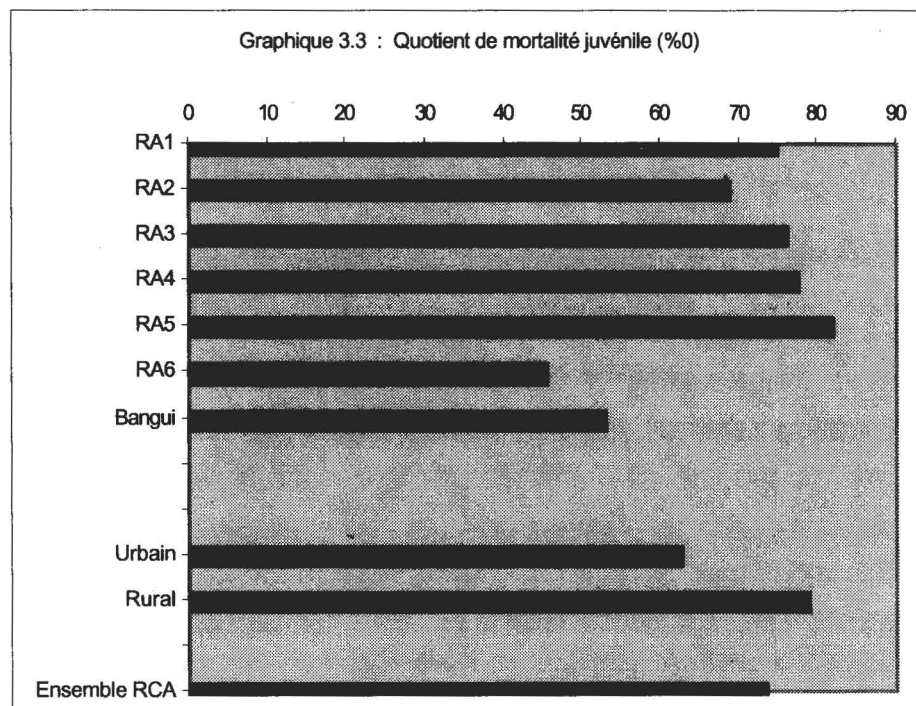
Tableau 3.7 : Quotients de mortalité (%) juvénile selon les préfectures et le milieu de résidence

Préfecture et milieu de résidence	Quotient de mortalité juvénile MICS2000
Préfectures	
Ombella-M'Poko	69.1
Kémo	68.4
Nana Grébizi	89.6
Lobaye	84.6
Mambéré Kadéï	93.6
Sangha Mbaéré	67.0
Nana Mambéré	56.0
Ouham	85.3
Ouham-Péndé	67.7
Ouaka	75.1
Bamingui Bongoran	81.0
Haut Kotto	84.0
Vakaga	86.2
Mbomou	47.3
Basse Kotto	48.0
Haut Mbomou	44.2
Bangui	53.7
Milieu de Résidence	
Urbain	62.7
Rural	78.8
Ensemble RCA	73.4

Tableau 3.8 : Quotients de mortalité juvénile (%) selon les régions, RCA, MICS2000.

Régions	Quotients de mortalité infantile MICS2000	Quotients de mortalité juvénile EDS1995
Régions Sanitaires		
RS1	80.3	73,6
RS2	68.8	78,1
RS3	76.3	67,5
RS4	80.3	52,6
RS5	45.6	41,3
Bangui	52.8	52,6
Régions Administratives		
RA1	74.9	-
RA2	68.8	-
RA3	76.3	-
RA4	77.4	-
RA5	81.8	-
RA6	45.6	-
Bangui	52.8	-
Ensemble RCA	73.4	67

Le quotient de mortalité juvénile est plus élevé dans les RS2 (78,1 o/oo), RS1 (73,6 o/oo) et RS3 (67,5 o/oo).



Le tableau 3.9 indique qu'il décède 1,3 fois plus d'enfants de 1 à 4 ans nés des femmes ayant aucun niveau d'instruction que ceux qui sont nés des femmes du niveau secondaire et plus (56,6 o/oo). Il ressort, par ailleurs, du même tableau, que le risque de décéder pour les enfants âgés de 1 à 4 ans nés des femmes de niveau primaire (75,5 o/oo) est presque le même que chez ceux qui sont nés des femmes sans niveau d'instruction (75,6 o/oo).

L'analyse différentielle de la mortalité juvénile selon le sexe laisse apparaître une mortalité masculine élevée (74 o/oo) par rapport à celle des filles (72 o/oo).

Tableau 3.9 : Quotients de mortalité (%) juvénile selon le sexe et le niveau d'instruction de la mère.

Caractéristiques	Quotient de mortalité juvénile MICS2000	Quotient de mortalité juvénile EDS1995
1. Sexe		
Masculin	74,1	62,8
Féminin	71,8	63,6
2. Niveau d'instruction		
Mère		
Sans niveau	75,6	68,8
Primaire	75,5	65,1
Secondaire et +	56,6	33,5
Ensemble RCA	73,4	67

3.4 EVOLUTION DE LA MORTALITE DES ENFANTS

Plusieurs sources d'informations ont été mises à contribution pour apprécier l'évolution du niveau de la mortalité des enfants en RCA au cours des 10 dernières années (RGP88, EDS95).

Deux méthodes différentes avaient été utilisées pour mesurer les indicateurs de mortalité infanto-juvénile : la première est la méthode directe utilisée à l'EDS95 à partir de l'histoire génésique des femmes, l'autre est la méthode indirecte utilisée au RGP88 à partir des enfants nés vivants et décédés. La deuxième méthode appliquée au RGP88 est identique à celle utilisée à l'enquête MICS 2000 pour estimer le quotient de mortalité infanto-juvénile (5Q0).

D'après le graphique 3.4, la mortalité des enfants de moins de 5 ans a augmenté au cours des 5 dernières années. La courbe de l'évolution de la mortalité infanto-juvénile révèle que le niveau de la mortalité infanto-juvénile a baissé de 176 o/oo en 1975 à 157 o/oo en 1995 pour ensuite augmenter et atteindre 194 o/oo en l'an 2000.

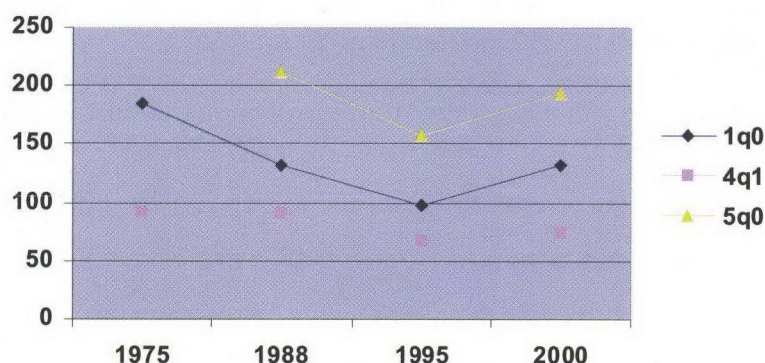
Tableau 3.10 : Evolution des quotients de mortalité des enfants de moins de cinq ans (en %) selon les sources existantes.

Source	Niveaux des indicateurs		
	1q0	4q1	5q0
RGP 1975	185	93	-
RGP 1988	132	91	212
EDS 1995	97	67	157
MICS 2000	131	73,4	194

En dépit des différences dans les approches utilisées pour l'estimation des indicateurs de mortalité, il apparaît que le taux de mortalité infantile avait baissé de 185 o/oo en 1975 à 132 o/oo en 1988 pour atteindre le plus bas niveau en 1995, soit 97 o/oo. Malheureusement, le taux de mortalité infantile est en hausse de 1995 à l'an 2000 (130,6 o/oo).

Quant aux taux de mortalité juvénile, les variations sont peu sensibles accusant une tendance à la baisse allant de 93 o/oo en 1975 à 73,8 o/oo en l'an 2000.

Graphique 3.4: Tendence de la mortalité infantile, juvénile et infanto-juvénile de 1975 à 2000.



CONCLUSION

Les résultats de l'Enquête MICS 2000 révèlent que la mortalité infanto-juvénile est en hausse depuis 1995. Cette situation est très préoccupante. Il y a eu un recul regrettable par rapport aux gains importants enregistrés durant la mi-décennie (90-95). Le niveau actuel de la mortalité infanto-juvénile et de la mortalité infantile estimé respectivement à 194 et 130,6 o/oo place la RCA parmi les pays d'Afrique ayant les taux les plus élevés de mortalité des enfants.

La RCA se situe à un niveau 1,5 fois plus élevé (130,6 o/oo) de l'objectif fixé au sommet mondial pour les enfants de 1990 visant à réduire le taux de mortalité infantile de 132 à 88 o/oo. Le défi est devenu énorme pour le pays en matière de survie des enfants eu égard à l'expansion du VIH/SIDA et l'ampleur de la pauvreté monétaire des ménages.

Les indicateurs sur la santé, l'état nutritionnel de l'enfant et la santé de la reproduction qui sont présentés dans les chapitres ultérieurs pourront fournir plus d'éléments d'appréciations sur les facteurs explicatifs de cette hausse de la mortalité au cours des 5 dernières années.

L'analyse différentielle a permis par ailleurs de faire ressortir un écart assez significatif entre le milieu urbain (158 o/oo) et le milieu rural (212 o/oo) d'une part et, des écarts très accentués entre les préfectures d'autre part allant de 116 o/oo à 234 o/oo.

Eu égard à ces résultats, des efforts restent à déployer tant du côté du Gouvernement que de celui des partenaires au développement pour assurer la protection et la survie des enfants de 0 à 5 ans lorsqu'on sait que l'objectif fixé était de réduire le taux de mortalité infanto-juvénile de 212 o/oo en 1990 à 144 o/oo en l'an 2000 en RCA.

Une étude approfondie pour la détermination des causes profondes de la mortalité infanto-juvénile est donc souhaitable.

CHAPITRE 4 : EDUCATION

Lors de la conférence mondiale et du sommet mondial pour les enfants de Jomtien en 1990, la RCA a souscrit aux engagements de l'Education pour tous en l'an 2000. Ainsi, elle en a fait une priorité qui s'est traduite dans la loi 97.014 du 10 décembre 1997, portant orientation de l'éducation.

En vue de mesurer les progrès réalisés dans le système éducatif, l'enquête MICS 2000 s'est intéressée aux caractéristiques de l'éducation de base des enfants et au niveau d'instruction de la population.

L'éducation de base concerne la scolarisation au fondamental qui prend en compte aussi bien le système public que le privé. L'enseignement coranique est exclu de ce système, les écoles communautaires sont prises en compte.

4.1 EDUCATION PRESCOLAIRE

Les informations recueillies au cours de l'enquête auprès des ménages sur l'inscription des enfants au programme organisé d'éducation préscolaire concernent 9106 enfants âgés de 3 à 5 ans.

Le Taux Brut d'Inscription au Préscolaire (TBP) qui est le rapport de l'effectif des enfants inscrits au préscolaire sur la population de 3 à 5 ans, donne une moyenne nationale de 1,9 %. En considérant la tranche d'âge de 3-4 ans retenu au niveau mondial, ce taux atteint 2,7 %.

Les enfants résidant en milieu urbain sont les plus concernés (4,3 %) que leur pair de la zone rurale (0,5 %). Les filles sont un peu plus inscrites au préscolaire (2 %) que les garçons (1,8 %).

Les préfectures de l'Ombella-Mpoko (2,2 %), du Bamingui-Bangoran (2,5 %), du Haut-Mbomou (6,6 %) et de Bangui (6,4 %) ont un TBP supérieur à la moyenne nationale. Il faudrait relever que le Haut-Mbomou (6,6 %) a un taux qui dépasse celui de la capitale. Cependant, les préfectures de la Lobaye (1,8 %), de l'Ouham (1,9 %) et de la Haute-Kotto (1,8 %) ont un taux qui avoisine la moyenne nationale. Par contre, les autres préfectures comme la Kémo (0,8 %), la Nana-Grébizi (1 %), la Mambéré-Kadéï (0,7 %), la Nana-Mambéré (1,2 %), l'Ouham-Pendé (0,2 %), la Ouaka (0,7 %), la Vakaga (1,3 %), le Mbomou (0,7 %) et la Basse-Kotto (0,6 %) ont un taux inférieur à la moyenne.

4.2 EDUCATION DE BASE

L'éducation de base est appréhendée à partir des questions relatives à la fréquentation actuelle ou passée dans le primaire. Deux indicateurs sont retenus : le Taux Brut de Scolarisation (TBS) et le Taux Net de Scolarisation (TNS) au primaire.

4.2.1 Taux Brut de Scolarisation au primaire

Le TBS au primaire est défini comme étant le rapport de l'effectif des élèves inscrits à ce niveau sur l'effectif des enfants en âge de fréquenter ce niveau à savoir 6-11 ans.

Lors de l'enquête MICS 2000, il a été dénombré 14514 enfants âgés de 6 à 17 ans qui fréquentent le fondamental 1 au sein de la population échantillon. L'effectif de la population échantillon d'âge scolaire (6-11 ans) identifiée est de 19514. Il en résulte que le TBS est de 68,4% pour l'ensemble de la population. Le Taux Brut de Scolarisation au Primaire est plus élevé en milieu urbain (84,7 %) qu'en milieu rural (51,3 %).

Au niveau préfectoral, les préfectures de l'Ombella-M'Poko (88,5 %), de la Sangha-Mbaéré (86,7 %), du Haut-Mbomou (111,6 %) et Bangui (122,7 %) ont un TBS plus élevé. Le plus faible TBS s'observe dans la Kémo (47,9 %), et la Mambéré-Kadéï (41,9 %). Pour les autres préfectures, l'écart avec la moyenne nationale est moins accentué.

Selon le genre, le Taux Brut de Scolarisation des garçons (86,2 %) dépasse largement celui des filles (65,3 %). Partout ailleurs, au niveau préfectoral la prédominance masculine s'observe à l'exception de Bangui où le TBS féminin (124,3 %) est supérieur au TBS masculin (121,1 %).

Tableau 4.3: Taux Brut de scolarisation au primaire selon le sexe par milieu de résidence et par préfecture, RCA, MICS 2000.

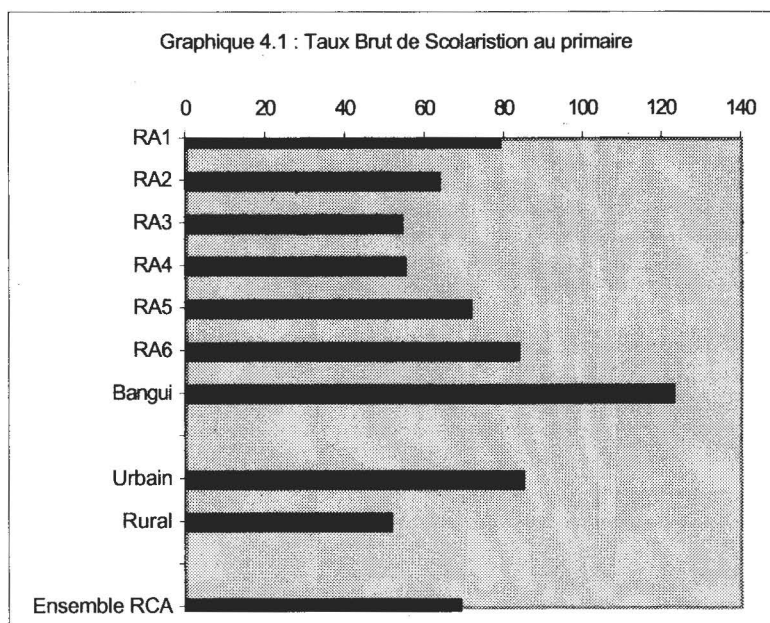
Préfecture et milieu de résidence	Sexe		Ensemble	Enfants 6-17 ans scolarisés	Effectif des enfants de 6-11 ans
	Masculin	Féminin			
Préfecture					
Ombella-M'Poko	90.8	74.7	88.5	1558	1863
Kémo	78.8	64.9	47.9	356	555
Nana-Grébizi	92.7	64	52.2	445	602
Lobaye	90	76.1	66.5	939	1172
Mambéré-Kadéï	56.3	48.6	41.9	1054	2238
Sangha-Mbaéré	101	72.5	86.7	343	436
Nana-Mambéré	70.1	63	66.5	699	1204
Ouham	84.5	63.7	49.4	893	1618
Ouham-Pendé	72.3	49.5	60.9	1471	2427
Ouaka	83.6	54.2	68.9	844	1355
Bamingui-Bangoran	94.9	73	84.0	146	187
Haute-Kotto	85.5	57.4	71.5	222	301
Vakaga	74.1	42.2	58.1	110	261
Mbomou	86.9	65.7	76.3	571	891
Basse-Kotto	74.2	48.7	61.5	660	1270
Haut-Mbomou	126.1	97.2	111.6	287	255
Bangui	121.1	124.3	122.7	3538	2883
Milieu de résidence					
Urbain	98.4	84.1	84.7	7551	7483
Rural	73.3	45.4	51.3	6584	12034
Ensemble RCA	86.2	65.3	68.4	14135	19518

Il découle du tableau 4.4 que mis à part Bangui, la RA1 (78,5 %) et la RA6 (83,1 %) ont un TBS supérieur à la moyenne nationale. Le TBS est faible dans la RA3 (54,0 %) et la RA4 (54,8 %).

Par rapport à la moyenne nationale, les inspections académiques du Sud-Est (83,1 %), du Centre-Sud (78,5 %) et de Bangui-Vakaga (79,7 %), ont un TBS plus élevé. A l'exception de l'inspection de l'Ouest (63,3%) et du Centre-Est (70,2%) dont les TBS avoisinent la moyenne nationale, les autres zones académiques ont un TBS inférieur à la moyenne nationale.

Tableau 4.4 : Taux Brut de scolarisation au primaire selon le sexe par région administrative et par inspection académique, RCA, MICS 2000.

Régions	Sexe			Ensemble	
	Masculin	Féminin	Actuellement scolarisés	Enfants 6-17 ans scolarisés	Effectif des enfants de 6-11 ans
Région administrative					
RA1	90.4	75.4	78.5	2497	3035
RA2	75.8	61.3	63.3	2096	3878
RA3	78.4	56.6	54.0	2364	4045
RA4	85.0	61.0	54.8	1645	2512
RA5	84.8	57.5	71.2	477	749
RA6	95.7	70.5	83.1	1518	2416
Bangui	121.1	124.3	122.7	3538	2883
Inspection académique					
Nord	78.4	56.6	54.0	2364	4045
Ouest	75.8	61.3	63.3	2096	3878
Sud-Est	95.7	70.5	83.1	1518	2416
Centre-Sud	90.4	75.4	78.5	2497	3035
Centre	88.8	67.3	58.6	946	1344
Centre-Est	84.5	55.8	70.2	1066	1656
Bangui-Vakaga	89.8	69.5	79.7	3648	3143
Ensemble	86.2	65.3	68.4	14135	19518



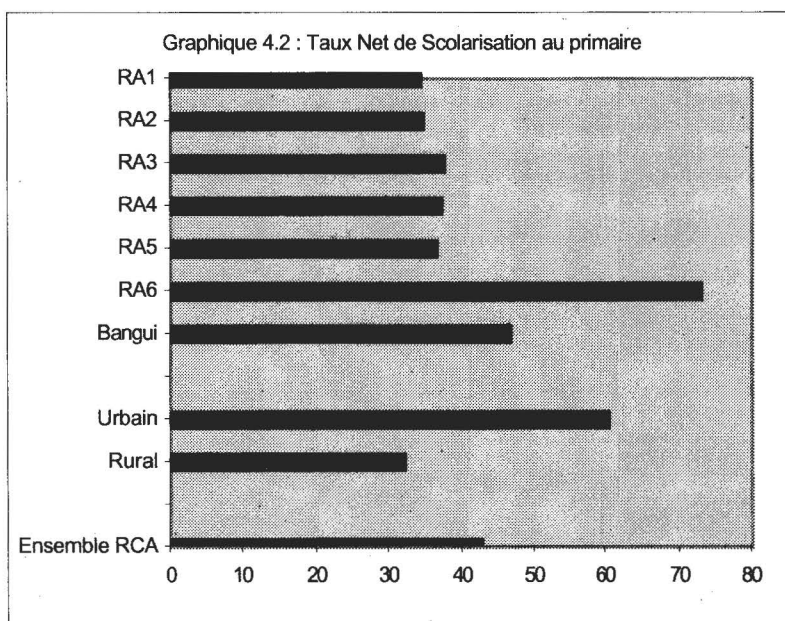
4.2.2 Taux Net de Scolarisation au primaire

Le Taux Net de Scolarisation (TNS) au primaire est défini comme étant le rapport de l'effectif des élèves âgés de 6 à 11 ans fréquentant un établissement scolaire sur la population des enfants de la même tranche d'âges.

Les inégalités observées au niveau des régions administratives sont également observées au niveau des inspections académiques seules les inspections du Centre-Sud (46,9 %) et de Bangui-Vakaga (69,0 %) ont un TNS supérieur à la moyenne nationale. Les inégalités selon le sexe en matière de fréquentation scolaire sont plus marquées dans les inspections académiques du Sud-Est, du Centre et du Centre-Est (cf. tableau 4.6).

Tableau 4.6: Taux Net de scolarisation au primaire selon le sexe par milieu de région administrative et par inspection académique, RCA, MICS 2000.

Caractéristiques	Sexe				Ensemble	
	Masculin		Féminin		Pourcentage	Nombre
	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre		
Région administrative						
RA2	37.2	2052	31	1826	34.3	3878
RA3	38.3	2068	30.9	1977	34.7	4045
RA4	44	1264	31.5	1247	37.8	2511
RA5	44.1	383	30	366	37.2	749
RA6	41.5	1252	31.1	1164	36.5	2416
Bangui	73.1	1481	73.3	1401	73.2	2883
RA1	51.1	1562	42.5	1470	46.9	3032
Inspection académique						
Nord	38.3	2068	30.9	1977	34.7	4045
Ouest	37.2	2052	31	1826	34.3	3878
Sud-Est	41.5	1252	31.1	1164	36.5	2416
Centre-Sud	51.1	1562	42.5	1470	46.9	3032
Centre	46.8	690	34	654	40.6	1343
Centre-Est	44.1	824	31.4	832	37.7	1656
Bangui-Vakaga	69.5	1615	68.4	1529	69	3143
Ensemble RCA	46.5	10062	39.1	9452	42.9	19514



D'après le Graphique 4.3, le TNS augmente régulièrement avec l'âge des enfants. A 6 ans, ce taux est égal à 18,7 % et atteint sa valeur maximale 55,3 % à 11 ans. Quel que soit

l'âge, le TNS masculin est nettement supérieur au TNS féminin. Entre 7 et 9 ans, l'allure du TNS féminin est quasi- stationnaire. Ce qui dénote l'ampleur des déperditions scolaires.

Graphique 4.3 : Taux net de scolarisation par sexe et âge.

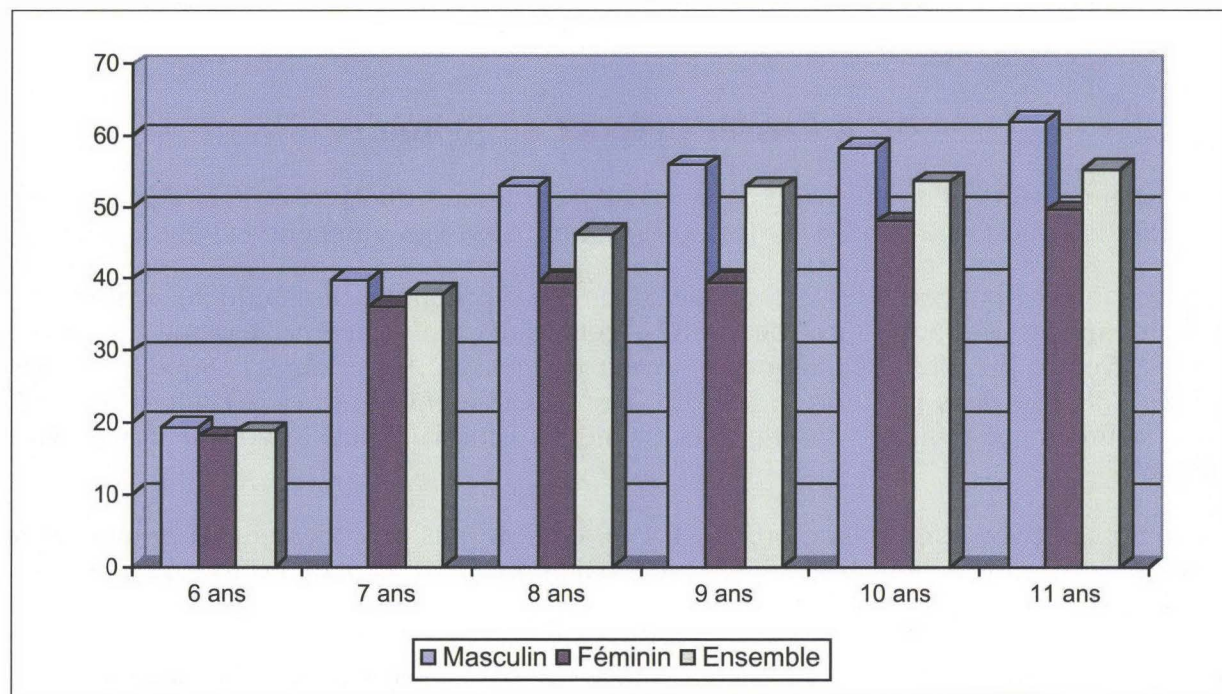


Tableau 4.7 : Taux Net de scolarisation au primaire par sexe et selon l'âge, RCA, MICS 2000.

Age	Sexe				Ensemble	
	Masculin		Féminin			
	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif
6	19.3	1843	18.0	1739	18.7	3582
7	39.8	1930	36.0	1778	38	3708
8	52.7	1853	39.5	1743	46.3	3596
9	55.5	1412	50.0	1364	52.8	2775
10	58.2	1967	47.9	1679	53.5	3646
11	61.8	1057	49.4	1149	55.3	2207
Ensemble	46.5	10062	39.1	9452	42.9	19514

4.2.3 Evolution du TNS au primaire par région sanitaire de 1996 à 2000

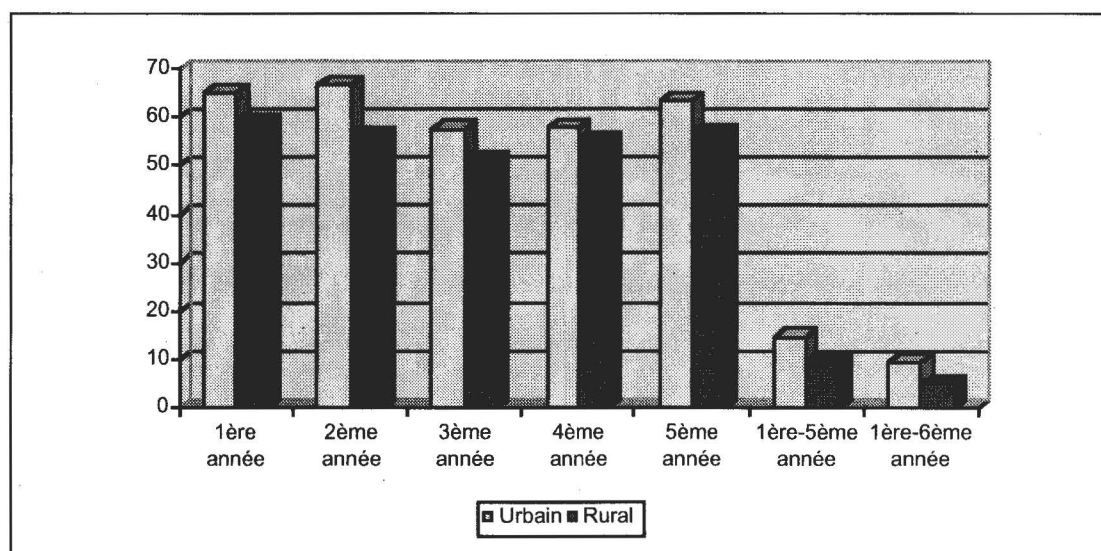
L'évolution du TNS révèle une baisse de 62,7% en 1996 à 42,9% en 2000 soit une baisse d'environ 31 % au niveau national (tableau 4.8). La baisse du taux net de scolarisation est moins prononcée à Bangui (81,9 % en 1996 contre 73,2 % en l'an 2000) et dans la RS2 (47,1 % en 1996 contre 34,3 % en l'an 2000) que dans les autres régions sanitaires.

4.3.1 Elèves qui atteignent la 6^{ème} année du primaire

Les résultats de l'enquête montrent que sur 100 élèves inscrits en première année, seulement 7 élèves atteindront sans échec la sixième année (CM2) et à peine 11,8 % atteignent la 5^{ème} année (voir tableau 4.10). Le pourcentage des élèves qui arrivent sans échec en fin de cycle du primaire est relativement élevé en milieu urbain (9,3 %) qu'en milieu rural (5,0 %). L'analyse selon les préfectures, relève que la probabilité la plus faible d'atteindre la 6^{ème} année par les élèves, est constatée dans la préfecture de Nana-Grébizi (0,2 %) ; la chance la plus élevée d'atteindre le CM2 est observée à Bangui (16,8 %), la Haute-Kotto (16,9 %) et la Mambéré-Kadéï (16,9 %). Les échecs scolaires du CI au CM2 sont donc trop importants dans la Nana-Grébizi (99,8 %), la Kémo (98,8 %), le Haut-Mbomou (98,7 %) et l'Ombella- Mpoko (98,5 %).

S'agissant des chances de succès par classe, il ressort du tableau 4.11 que la probabilité pour un élève quel que soit le sexe de passer d'une classe à l'autre est supérieure à 50 %. En considérant la probabilité moyenne de réussite selon la classe, on constate qu'elle est supérieure à la moyenne nationale (61,7 %) en première année dans l'Ouham (73,1 %), l'Ouham-Pendé (67,8 %) et à Bangui (73 %). Le score le plus faible est enregistré dans la Nana-Grébizi (32,2 %), la Kémo (40,8 %) et le Mbomou (41,9 %) alors que la plus part des préfectures ont des taux qui avoisinent la moyenne nationale. En deuxième année, presque la moitié des préfectures ont enregistré des taux de réussites supérieurs à la moyenne nationale (61,6 %). Néanmoins, il faut souligner le fait que la Nana-Grébizi n'a pas enregistré un progrès que ce soit, en première année ainsi que dans les classes supérieures. De la troisième à la cinquième année, le taux de réussite est élevé dans la Mambéré-Kadéï, la Nana-Mambéré, la Haute-Kotto et la capitale Bangui.

Graphique 4.4 : Probabilité de réussite de 1^{ère} en 6^{ème} année selon le milieu de résidence



Selon le sexe, 7,5% de garçons contre 6,7% de filles atteignent la sixième année sans échec.

Tableau 4.11 : Taux de promotion scolaire selon la classe suivie, par région administrative et par inspection académique, RCA, MICS 2000.

Régions	% fréquentant la 2 ^{ème} année qui étaient en 1 ^{ère} année l'an passé	% fréquentant la 3 ^{ème} année qui étaient en 2 ^{ème} année l'an passé	% fréquentant la 4 ^{ème} année qui étaient en 3 ^{ème} année l'an passé	% fréquentant la 5 ^{ème} année qui étaient en 4 ^{ème} année l'an passé	% fréquentant la 6 ^{ème} année qui étaient en 5 ^{ème} année l'an passé	% fréquentant la 5 ^{ème} année parmi ceux qui entent en 1 ^{ère} année	% fréquentant la 6 ^{ème} année parmi ceux qui entent en 1 ^{ère} année
Région administrative							
RA1	50.8	51.8	44.7	47.1	41.8	5.5	2.3
RA2	64.5	74.7	60.2	70	72.9	20.3	14.8
RA3	69.8	58.2	55.5	53.7	58.1	12.1	7.0
RA4	51.6	53.4	45.1	41.8	51.3	5.2	2.7
RA5	63.2	67.2	61.2	70.2	79.7	18.3	14.6
RA6	50.2	54.5	48.8	47.3	44.3	6.3	2.8
Bangui	73	71.6	64.8	68.3	72.7	23.1	16.8
Inspection académique							
Nord	69.8	58.2	55.5	53.7	58.1	12.1	7.0
Ouest	64.5	74.7	60.2	70	72.9	20.3	14.8
Sud-Est	50.2	54.5	48.8	47.3	44.3	6.3	2.8
Centre-Sud	50.8	51.8	44.7	47.1	41.8	5.5	2.3
Centre	44.4	47.4	34.6	33.3	37.9	2.4	0.9
Centre-Est	59.2	64.9	59.5	58.5	67.8	13.4	90.1
Bangui-Vakaga	72.4	70.4	64.2	68	72.7	22.3	16.2
Ensemble	61.7	61.6	54.6	57	60.3	11.8	7.1

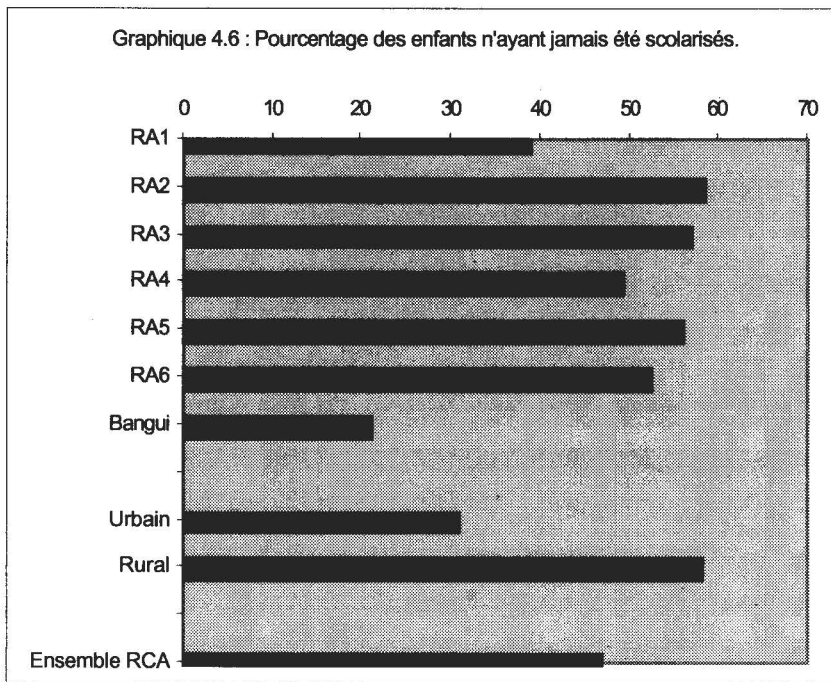
4.3.2 Les abandons scolaires

Les abandons scolaires concernent les élèves régulièrement inscrits dans un établissement scolaire mais, pour des raisons diverses ont quitté le système. Les données de l'enquête permettent de cerner deux types d'abandons : les abandons sur un an et les abandons sans distinction de la période de référence.

Les abandons sur un an se rapportent aux enfants qui, durant l'année scolaire en cours n'ont pas fréquenté une école alors que l'année précédente ils fréquentaient l'école. Par contre, le total des abandons prend en compte tous les enfants de la tranche d'âges concernée qui, au moment de l'enquête, ont abandonné l'école.

Les résultats révèlent que 9,3 % des élèves ont abandonné l'école depuis la dernière année scolaire précédant l'enquête. La proportion des abandons sur un an est donc très élevée car il représente, environ la moitié du total des abandons scolaires (22,9 %). Les garçons (10,1 %) ont le plus abandonné l'école que les filles (8,4 %) au cours de la dernière année. Le pourcentage des abandons scolaires sur 1 an est légèrement plus élevé en milieu rural (10 %) qu'en milieu urbain (8,7 %). L'écart est trop important pour les cas d'abandon sur toutes les périodes (28 % en milieu rural contre 18,4 % en milieu urbain).

Les abandons scolaires sur un an sont plus fréquents dans l'Ouham-Pendé (15,9 %), la Ouaka (16,3 %) le Mbomou (17,9 %) et le Haut-Mbomou (26,1 %). La fréquence des abandons scolaires sur un an est plus accentuée chez les garçons que chez les filles dans l'ensemble des préfectures, sauf dans la Vakaga et le Haut-Mbomou où ce sont plutôt les filles qui abandonnent l'école plus que les garçons. L'écart entre sexe est considérable dans l'Ouham-Pendé (18,1 % pour les garçons et 12,8 % chez les filles) et le Mbomou (21,2 % pour les garçons et 13,5 %) et à Bangui (9,1 % pour les garçons et 16,9 % pour les filles).



4.6 ALPHABÉTISATION

Dans le cadre de cette enquête, est considérée comme alphabète, toute personne sachant lire sans difficulté une lettre ou un journal dans une des langues officielles du pays le français ou le sango.

Les résultats contenus dans le tableau 4.20 montrent au niveau national que 48,6 % de la population centrafricaine est alphabétisée. Des disparités s'observent selon les préfectures : le faible taux d'alphabétisme s'observe dans la Vakaga (17,6 %) par contre, dans l'Ombella-M'Poko (54,1 %), la Lobaye (56,2 %) et Bangui (80,5 %) la proportion des alphabètes est nettement supérieure à la moyenne nationale.

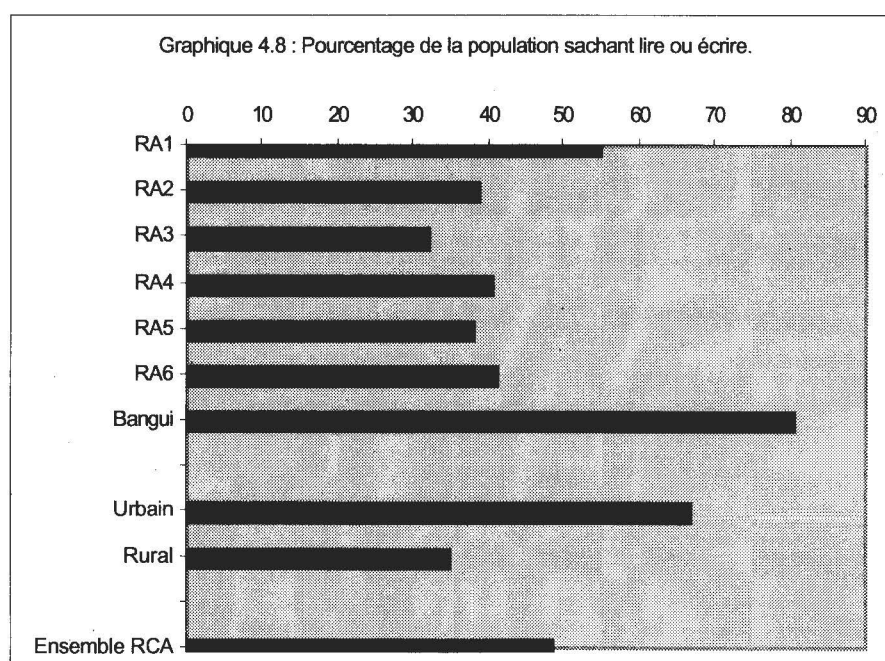
L'examen par milieu de résidence confirme la disparité généralement observée entre milieu urbain (66,8 %) et milieu rural (34,8 %).

D'après le graphique 4.4, l'analphabétisme est plus prononcé en milieu rural et concerne 81,9 % de la population féminine.

Comparativement à la capitale dont plus de 80 % de la population est alphabétisée, l'analphabétisme est plus prononcé dans la RA3 (seulement 32 % des adultes savent lire un journal sans difficulté).

Tableau 4.22 : Pourcentage de la population âgée de 15 ans ou plus sachant lire et écrire par sexe, selon la région administrative et l'inspection académique, RCA, MICS 2000.

Caractéristiques	Sexe		Ensemble	
	Masculin	Féminin	Alphabétisé	Effectif
	Alphabétisé	Alphabétisé		
Région administrative				
RA1	71.7	38.9	54.9	7149
RA2	56.2	22.7	38.6	8193
RA3	47.5	18.2	32.1	7838
RA4	59.6	23.9	40.6	5731
RA5	55.7	21.5	37.9	1701
RA6	60	24.2	41	5577
Bangui	89.4	71.2	80.5	8494
Inspection académique				
Nord	47.5	18.2	32.1	7838
Ouest	56.2	22.7	38.6	8193
Sud-Est	60	24.2	41	5577
Centre-Sud	71.7	38.9	54.9	7149
Centre	56.8	23.6	39.2	3060
Centre-Est	62.8	25.4	43.3	3908
Bangui-Vakaga	86.9	67.2	77.2	8958
Ensemble RCA	64.7	33.5	48.6	44684



4.7 ACCESSIBILITE DES MENAGES AUX INFRASTRUCTURES SCOLAIRES

Cette information a été collectée auprès de tous les chefs de ménages dont un enfant fréquente un établissement scolaire.

Au niveau national, l'enquête révèle que 85,5 % des ménages sont à moins de 5 km d'une école. La proportion des ménages qui vivent au delà de 10 km d'un établissement scolaire est de 4,6 %.

A l'exception de Bangui (99,0 %), des disparités s'observent entre préfectures. Le taux d'accessibilité aux infrastructures scolaires à moins de 5 km est élevé dans la Ouaka (76,8 %), la Haute-Kotto (74,8 %), la Vakaga (75,5 %) et la Basse-Kotto (73,9 %). Entre 5 et 9 km, le taux d'accessibilité aux infrastructures scolaires reste faible au niveau national (9,6 %) et est plus prononcé dans la Basse-Kotto (18,9 %).

Comparativement à la moyenne nationale (4,6 %), la plupart des ménages des préfectures de la RCA sont éloignés d'au moins 10 km d'une école. Cette difficulté affecte les ménages qui vivent dans la Mambéré-Kadéï (8,8 %), la Sangha-Mbaéré (8,5 %), la Ouaka (10,8 %) et la Haute-Kotto (14,8 %).

Selon le milieu de résidence, il ressort que le problème d'accessibilité aux infrastructures scolaire ne se pose pas. C'est donc un phénomène qui touche principalement les zones rurales.

Tableau 4.23 : Pourcentage des ménages selon la distance qui les sépare d'une école, par préfecture et milieu de résidence, RCA, MICS 2000.

Préfecture et milieu de résidence	Accessibilité à une école			Effectif de ménages
	Moins de 5 km	5-9 km	10 km et +	
Préfecture				
Ombella-M'Poko	83.9	11.6	4.6	1218
Kémo	87.1	6.6	6.2	435
Nana-Grébizi	94.9	4.9	0.2	413
Lobaye	82.6	14.2	3.2	846
Mambéré-Kadéï	85.6	5.6	8.8	1574
Sangha-Mbaéré	79.8	11.6	8.5	320
Nana-Mambéré	88.6	7.3	4.0	867
Ouham	86.2	13.6	0.3	1234
Ouham-Pendé	85.8	11.4	2.8	1569
Ouaka	76.8	12.4	10.8	1002
Bamingui-Bangoran	95.9	2.2	1.9	134
Haute-Kotto	74.8	10.4	14.8	291
Vakaga	75.5	15.4	9.1	139
Mbomou	81.1	15.0	3.9	732
Basse-Kotto	73.9	18.9	7.3	978
Haut-Mbomou	86.8	8.9	4.3	239
Bangui	99.9	0.0	0.1	1896
Milieu de résidence				
Urbain	99.0	0.6	0.3	4972
Rural	78.4	14.7	6.9	8914
Ensemble RCA	85.4	9.6	4.6	13886

L'analyse des données au niveau régional ne ressort pas de différence significative entre préfectures quant à la distance qui sépare les ménages à moins de 5 km d'une école. En revanche, entre 5 et 9 km, et à plus de 10 km, le problème se pose avec acuité respectivement dans la RA6 (16,2 %) et la RA5 (10,4 %) (tableau 4.24).

La même observation faite au niveau régional est valable au niveau des inspections académiques. En outre, dans l'inspection du Sud-Est (16,2 %), le pourcentage des ménages qui sont séparés de 5 à 9 km d'une école est élevé. Dans l'inspection du Centre-Est, 11,7 % de ménages sont situés à plus de 10 km d'une école.

Tableau 4.24 : Pourcentage des ménages selon la distance qui les sépare d'une école, par région administrative et par inspection académique, RCA, MICS 2000.

Caractéristiques	Accessibilité à une école			Effectif de ménages
	Moins de 5 km	5-9 km	10 km et +	
Région administrative				
RA1	83.3	12.7	4.0	2064
RA2	85.9	6.9	7.3	2762
RA3	86.0	12.4	1.7	2802
RA4	83.3	9.4	7.4	1849
RA5	80.0	9.7	10.4	563
RA6	78.2	16.2	5.6	1948
Bangui	99.9	0.0	0.1	1896
Inspection académique				
Nord	86.0	12.4	1.7	2803
Ouest	85.9	6.9	7.3	2762
Sud-Est	78.2	16.2	5.6	1948
Centre-Sud	83.3	12.7	4.0	2064
Centre	91.6	5.3	3.1	981
Centre-Est	76.3	11.9	11.7	1292
Bangui-Vakaga	98.3	1.1	0.7	2035
Ensemble RCA	85.8	9.6	4.6	13886

CONCLUSION

Les résultats de l'enquête MICS 2000 révèlent que la République Centrafricaine a enregistré un recul très préoccupant vis-à-vis de l'objectif mondial de l'éducation pour tous en l'an 2000. Le taux Net de Scolarisation au Primaire a fortement baissé passant de 63 % en 1996 à 43 % en l'an 2000. Cette baisse de la fréquentation scolaire constitue un problème sérieux pour le développement du pays. L'écart entre la scolarisation des filles et des garçons demeure élevé. Avec un très faible taux de réussite entre la première et la sixième année du primaire (7 %), l'inefficacité du système éducatif est mise en exergue. Le problème de déperditions scolaires se pose ainsi avec acuité dans le pays. Le niveau élevé d'analphabétisme des adultes et principalement celui des femmes constitue un handicap à une participation efficiente des communautés à la gestion des actions à assise communautaire.

A la lumière de ces résultats, la mise en oeuvre de la nouvelle Plan Nationale de Développement de l'Education s'impose désormais comme une priorité nationale.

CHAPITRE 5 : EAU ET ASSAINISSEMENT

L'eau de boisson saine et un environnement sain constituent l'une des conditions de base nécessaires à la bonne santé de la population. L'eau de boisson pas saine peut être un vecteur important de maladies telles que le choléra, la fièvre typhoïde (ou Salmonelloses) surtout chez les enfants, l'amibiase, la dracunculose, les maladies diarrhéiques, la dysenterie bacillaire, la méthémoglobinémie chez les enfants. Outre les aspects de santé, l'accès à l'eau de boisson peut être particulièrement important pour les femmes et les enfants, à qui incombent la principale responsabilité du puisage de l'eau, de son transport, souvent sur de longues distances, en particulier dans les zones rurales, et du conditionnement à domicile.

Les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé de 1994/95 (EDS 94/95) avaient révélé que les maladies diarrhéiques, avec un taux d'incidence de 22 %, représentent la deuxième cause de décès des enfants âgés de 1 à 35 mois, après les Infections Respiratoires Aigües (IRA). Dans un pays comme la RCA où la pluviométrie est très favorable (plus de 1200 mm/an) avec un bassin hydrographique riche, le problème d'accès à une eau de boisson saine se pose encore avec acuité.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit l'eau saine destinée à la consommation de la population comme étant « l'eau incolore, inodore, insipide et qui ne contient ni des germes pathogènes, ni des substances quelconques susceptibles de nuire à la santé du consommateur ». Quant à l'assainissement, la même institution la définit comme étant l'ensemble des actions visant l'amélioration de toutes les conditions qui, dans le milieu physique de la vie humaine, influent ou sont susceptibles d'influer défavorablement sur le bien être physique, mental ou social.

Malheureusement, dans le cadre d'une enquête auprès des ménages à grande échelle, il est quasi impossible d'apprécier la qualité de l'eau qui nécessite des instruments appropriés et des compétences spécifiques. La consommation effective de l'eau saine (eau de bonne qualité) nécessite également des dispositions hygiéniques concernant à la fois la source d'eau, le transport de l'eau de la source à domicile et la conservation de l'eau à domicile.

Dans les pays en voie de développement qui connaissent des problèmes d'accessibilité à l'eau potable, la priorité est accordée à la disponibilité d'une source d'eau de boisson potable qui constitue un préalable à la préservation de la bonne santé de la population. A cet effet, les objectifs 4 et 5 du Sommet Mondial pour l'Enfance de 1990 mettent l'accent sur l'accès universel à l'eau de boisson salubre et pour le second sur l'accès universel aux moyens d'assainissement du traitement des excréments.

Sur le plan national, le Gouvernement Centrafricain, dans son document de politique et stratégie en matière d'eau et d'assainissement, a défini un certain nombre de critères devant permettre d'atteindre les objectifs en matière d'eau et assainissement. Parmi ces critères, on peut retenir :

- Fourniture d'au moins 20 à 25 litres d'eau par jour et par personne en zone rurale et d'au moins 50 litres par jour et par personne en zone urbaine ;
- Rapprochement du point d'eau à moins de 500 mètres de l'utilisateur ;

- Création d'un point d'eau moderne pour 205 à 300 habitants ;
- et la promotion de l'usage des latrines tant en milieu rural qu'en milieu urbain.

Ainsi, pour des raisons de comparaison internationale et par nécessité de satisfaire également les besoins sur le plan national, deux catégories d'indicateurs ont été calculés à l'aide des informations collectées au cours de l'enquête MICS 2000 en RCA. Ces indicateurs font allusion aux deux notions suivantes :

- **la notion d'eau salubre** appliquée pour les enquêtes MICS II sur le plan mondial et qui comprend l'eau de boisson provenant du robinet, de la borne fontaine, du forage (pompe hydraulique), d'une source aménagée, du puits protégé et de la pluie ;
- **la notion d'eau potable** définit au plan local qui comprend l'eau du robinet, de la borne fontaine, du forage (pompe hydraulique) et d'une source aménagée.

A cet effet, les indicateurs liés à l'eau de boisson qui sont présentés dans ce rapport sont les suivants :

a) Indicateur sur le plan mondial : *pourcentage de la population qui utilise une source d'eau de boisson salubre* (accès de la population à l'eau de boisson salubre) ;

b) Trois types d'indicateurs nationaux liés à la notion **d'eau de boisson potable** qui sont :

1°) ***le pourcentage de la population qui utilise une source d'eau de boisson potable*** à savoir l'eau du robinet, de la borne fontaine, du forage (pompe hydraulique) et d'une source aménagée quels que soient la distance ou le temps mis ; Cet indicateur est couramment utilisé dans les rapports et plans nationaux pour cerner le niveau d'accès de la population centrafricaine à l'eau potable.

2°) ***le taux d'accessibilité de la population à l'eau potable*** ; il mesure le pourcentage de la population qui utilise une source d'eau de boisson potable ***située à moins de 500 mètres*** du domicile ; il est obtenu en divisant l'effectif de la population ayant accès à l'eau de boisson potable située à moins de 500 mètres par l'effectif total de la population ;

3°) ***le taux de couverture en eau potable*** qui mesure le pourcentage de la population utilisant une source d'approvisionnement en eau de boisson potable ***située à la fois à moins de 500 mètres et en moins de 30 minutes*** du domicile à savoir l'eau provenant du robinet, de la borne fontaine, du forage (pompe hydraulique) et d'une source aménagée.

Selon le Ministère des Mines, de l'Energie et de l'Hydraulique, la couverture en eau potable dépend en principe des critères suivants :

- La distance du point d'eau au logement doit être de moins de 500 mètres en milieu urbain et de moins de 1 kilomètre en milieu rural ;
- Le temps mis pour s'approvisionner au point d'eau doit être de moins de 30 mn ;
- L'eau doit provenir de l'une des sources suivantes: robinet, borne fontaine, forage avec pompe et source aménagée ;
- Le moyen utilisé pour le transport de l'eau doit être épargné de toute contamination (difficile à évaluer au cours d'une enquête de grande envergure) ;
- La conservation de l'eau doit bénéficier d'une grande rigueur.

L'enquête MICS n'a pu recueillir que des informations concernant 3 critères, à savoir : la source d'eau de boisson, la distance du logement au point d'eau et le temps mis pour s'approvisionner au point d'eau.

La prise en compte de ces différents indicateurs dans le but de satisfaire les divers besoins des utilisateurs, a déterminé la structuration du chapitre en 3 parties à savoir l'accessibilité à l'eau salubre, l'accessibilité à l'eau potable et l'accessibilité à l'assainissement de base. L'analyse des tendances de la deuxième catégorie d'indicateurs sera effectuée par comparaison avec les données de MICS 1996 (pour l'évolution par région sanitaire) et les données du Recensement Général de la Population de 1988 (pour l'évolution par préfecture).

5.1 ACCESSIBILITE A L'EAU DE BOISSON SALUBRE

Au cours de l'enquête MICS 2000, des informations ont été collectées auprès des ménages sur la principale source d'eau de boisson du ménage et qui permettent d'évaluer le niveau d'accessibilité de la population de la République Centrafricaine à l'eau de boisson salubre en rapport avec les objectifs du sommet mondial pour l'enfance de 1990 visant un accès universel à l'horizon 2000.

5.1.1 Population qui utilise une source d'eau de boisson salubre

D'après le tableau 5.1, 68,8 % de la population centrafricaine utilise une source d'eau de boisson salubre quels que soient la distance ou le temps mis. Les principales sources d'approvisionnement en eau salubre les plus utilisées sont la borne fontaine (20,6 %) et les forages (20,1 %). Très peu de centrafricains accèdent à l'eau du robinet (3,5 %).

L'utilisation d'une source d'eau de boisson salubre quels que soient la distance ou le temps mis est plus élevée en milieu urbain (87,7 %) qu'en milieu rural (55,6 %). Les forages (29 %) et la source non protégée (21,8 %) sont les principales sources d'eau de boisson salubre les plus accessibles en milieu rural. Par contre, les bornes fontaines (43,5 %) et les puits protégés sont celles qui sont les plus utilisées en milieu urbain.

Les résultats obtenus révèlent une variation par préfectures du niveau d'accessibilité de la population à l'eau de boisson salubre quels que soient la distance ou le temps mis. Ce niveau est supérieur à la moyenne nationale (69 %) à Bangui (98,2 %), dans l'Ouham (84,4 %) et dans l'Ouham-Péndé (74,8%). L'eau de la borne fontaine ou du kiosque est la plus utilisée à Bangui (68%) tandis que celle du forage est la plus utilisée dans les préfectures de l'Ouham (49,4%) et de l'Ouham-Péndé (46,8%). Par ailleurs, le pourcentage de la population qui utilise une source d'eau de boisson salubre est faible dans les préfectures de la Basse-Kotto (35,1 %), de la Vakaga (42,9 %) et de la Ouaka (45,0 %). Il convient de souligner que l'utilisation de l'eau de boisson provenant de la mare, du marigot, du ruisseau ou de la rivière est relativement élevée dans les préfectures de la Mambéré-Kadéï (25,3 %), du Haut-M'Bomou (16,6 %) et de la Sangha-M'Baéré (16,0 %). Par ailleurs, un peu plus de la moitié (51,1 %) de la population de la Vakaga utilise le puits non protégé comme principale source d'eau de boisson. Ceci met en évidence le risque élevé de morbidité pour ces populations.

logement est "moins de 500 mètres". Il ressort de ces résultats que 38,7 % de la population centrafricaine s'approvisionne en eau de boisson salubre dont la principale source est située à moins de 500 mètres du logement. La population vivant en milieu rural est plus défavorisée que celle vivant en milieu urbain. En effet, 45,0 % de la population urbaine contre 34,2 % de celle vivant en milieu rural parcourt moins de 500 mètres pour s'approvisionner en eau de boisson salubre.

Les données font apparaître, au niveau préfectoral, une variation entre les distances parcourues par les populations pour l'approvisionnement en eau de boisson salubre. La quasi totalité de la population de la Haute-Kotto éprouve des difficultés pour s'approvisionner en eau de boisson salubre : 97,2 % de cette population parcourt plus de 500 mètres pour accéder à leur principale sources d'eau de boisson salubre. Cette situation est également inquiétante dans les préfectures du M'Bomou, de la Vakaga et de la Basse-Kotto où respectivement 86,7 %, 85,5 % et 84,5 % de la population ont leur principale sources d'eau de boisson salubre situées à plus de 500 mètres du logement. Cependant, plus de la moitié des populations de Bangui (58,0 %), des préfectures de l'Ouham-Péndé (57,3 %), de l'Ouham (54,9 %) et du Bamingui-Bangoran (53,5 %) a accès à la source d'eau de boisson salubre à moins de 500 mètres.

Tableau 5.3: Pourcentage de la population selon la distance parcourue pour l'approvisionnement en eau de boisson salubre par préfecture et par milieu de résidence, RCA, MICS2000.

Préfectures et milieu de résidence	Distance parcourue pour s'approvisionner en eau de boisson salubre		Effectif total de la population
	Moins de 500m	Plus de 500 m	
Préfecture			
Ombella-Mpoko	32,0	68,0	9102
Kémo	21,4	78,6	2756
Nana-Grébizi	45,3	54,7	2769
Lobaye	40,0	60,0	5830
Mambéré Kadéï	34,0	66,0	10440
Sangha-Mbaéré	22,8	77,3	2174
Nana-Mambéré	45,5	54,5	4908
Ouham	54,9	45,1	7320
Ouham-Péndé	57,3	42,7	9937
Ouaka	14,8	85,2	6414
Bamingui-Bangoran	53,5	46,5	840
Haute-Kotto	2,8	97,2	1641
Vakaga	14,5	85,5	1058
Mbomou	13,3	86,7	4332
Basse-Kotto	15,5	84,5	5892
Haut-M'Bomou	32,4	67,6	1277
Bangui	58,0	42,0	15806
Milieu résidence			
Urbain	45,0	55,0	37980
Rural	34,2	65,8	54517
Ensemble RCA	38,7	61,3	92497

Il existe des différences sur le plan régional en matière d'accessibilité à l'eau de boisson salubre à moins de 500 mètres. La proportion de la population puisant l'eau de boisson salubre à une distance acceptable de 500 m est inférieure à 50% dans toutes les régions administratives, sauf à Bangui (58,0 %) et dans la RA3 (56,3 %). Toutefois, la pénibilité des tâches de la population est très accrue dans les RA6 et RA5 où respectivement 83,4 % et 81,7 % de la population parcourt plus de 500 mètres pour s'approvisionner en eau de boisson salubre.

Les régions administratives apparaissent également comme des variables de différenciation par rapport au temps d'accès aux sources d'approvisionnement en eau de boisson. La majorité de la population de RA5 (85,9%) et RA6 (81,0%) mettent plus de 30 minutes pour s'approvisionner en eau de boisson salubre. Par contre, à Bangui et dans la RA3 une proportion assez importante de la population accède à l'eau salubre dans un temps raisonnable (moins de 30 mn) : 71,9 % à Bangui et 54,4 % dans la RA3. Aussi, convient-il de noter qu'à l'exception de ces deux régions administratives, la proportion de la population qui s'approvisionne en eau de boisson salubre dans un temps acceptable est inférieure à la moyenne nationale dans toutes les autres régions administratives (cf. tableau 5.6).

Tableau 5.6: Répartition de la population selon le temps mis aller-retour pour l'approvisionnement en eau de boisson salubre par Région, RCA, MICS2000

Préfectures et milieu de résidence	Temps mis pour s'approvisionner en eau de boisson salubre		Effectif total de la population
	Moins de 30 mn	Plus de 30 mn	
Région Administrative			
RA1	32,4	67,6	14932
RA2	38,3	61,7	17522
RA3	54,4	45,6	17257
RA4	22,0	78,0	11939
RA5	14,1	85,9	3539
RA6	19,0	81,0	11502
Bangui	71,9	28,1	15806
Région Sanitaire			
RS1	30,8	69,2	20457
RS2	38,3	61,7	17522
RS3	54,4	45,6	17257
RS4	16,7	83,3	9953
RS5	19,0	81,0	11502
Ensemble RCA	40,7	59,3	92497

5.1.4 Pérennité des sources d'approvisionnement en eau de boisson salubre

La pérennité des sources d'approvisionnement en eau de boisson salubre signifie la disponibilité permanente de l'eau provenant de ces sources au cours de l'année en dehors des ruptures momentanées qui ne sont pas des tarissements. Les données du tableau 5.7 attestent que 94 % de la population centrafricaine a accès à une source d'eau de boisson salubre pérenne. Ce pourcentage est de 94,8 % en milieu rural et de 92,9 % en milieu urbain.

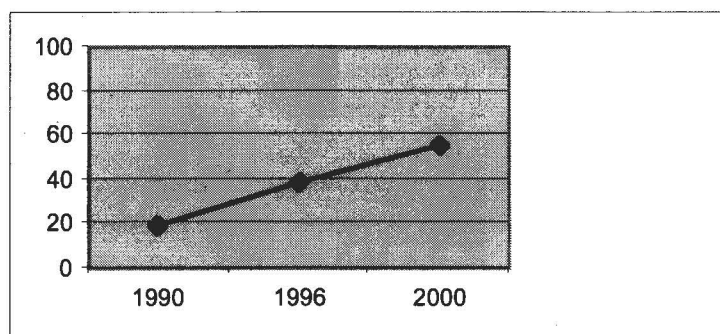
Au niveau préfectoral, les résultats indiquent que la presque totalité des populations (plus de 80 %) ont une source d'eau de boisson salubre pérenne, à l'exception des préfectures de l'Ombella-M'Poko et de la Vakaga où ces proportions sont respectivement de 76,8 % et de 75,5 %.

L'utilisation d'une source d'eau de boisson potable par la population varie selon les préfectures. Elle est supérieure à la moyenne nationale de 55 % à Bangui (81,6 %) et dans les préfectures de l'Ouham (75 %), de l'Ouham-Péndé (67,6 %), du Bamingui-Bangoran (62,4 %), de la Nana-Grébizi (60,4 %), de la Lobaye (60,1 %), de la Nana-Mambéré (58,2 %) et de la Mambéré-Kadéï (57,3 %). Le pourcentage de la population qui utilise une source d'eau de boisson potable est faible dans les préfectures de l'Est du Pays à savoir la Haute-Kotto (3,5 %), la Vakaga (16,8 %), la Ouaka (27,8 %) et la Basse-Kotto (29,4 %).

L'analyse au niveau régional montre une différence d'utilisation d'une source d'eau de boisson potable par régions administratives (cf. tableau 5.2). A l'exception de Bangui (81,6 %) et de la RA3 (71,7 %), la proportion de la population qui a accès à l'eau de boisson potable quels que soient la distance ou le temps mis est inférieure à la moyenne nationale dans toutes les autres régions administratives. Les pourcentages les plus faibles sont observés dans les RA5 (21,4 %), RA6 (32,7 %) et RA4 (36,1 %).

b) Evolution depuis 1996 par région sanitaire

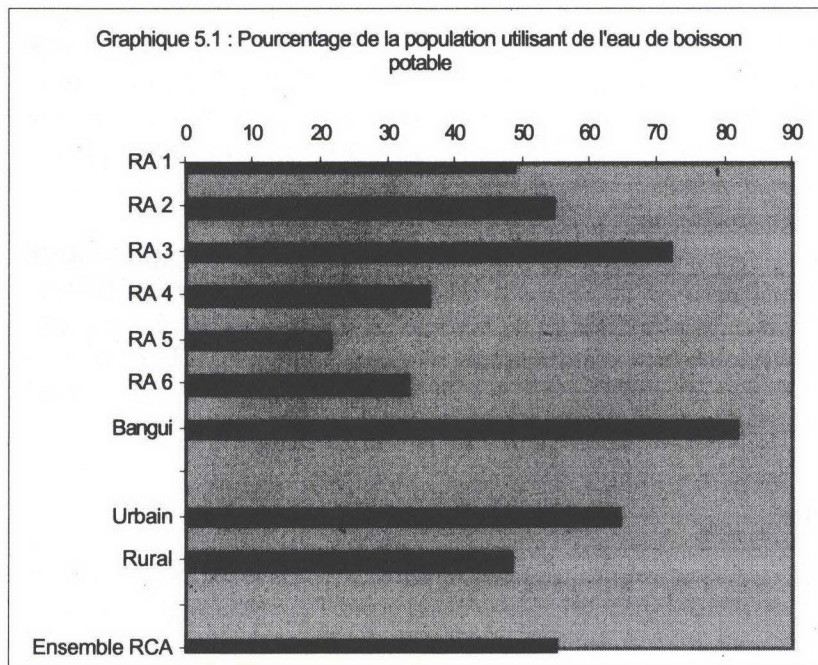
La comparaison des résultats de l'enquête MICS 1996 à ceux de MICS 2000 qui ont les mêmes définitions permet d'apprécier les progrès accomplis en matière d'accès de la population à une eau de boisson potable quels que soient la distance ou le temps mis. D'après les données du tableau 5.9, le pourcentage de la population qui utilise une source d'eau de boisson potable a sensiblement augmenté de 1996 (38 %) à l'an 2000 (55 %).



Le progrès a été relativement très important en milieu rural où l'accès à l'eau potable a plus que doublé, passant de 21,2 % en 1996 à 48,1 % en l'an 2000. Un progrès extraordinaire a été enregistré dans la région sanitaire où le taux est passé de 2,9 % en 1996 à 32,7 % en l'an 2000 (soit multiplié par 10). Les progrès très insignifiants sont observés dans la capitale Bangui (de 79,5 à 81,6 %) et dans la RS4 (de 18,8 % à 25,6 %).

Tableau 5.9 : Pourcentage de la population qui utilise une source d'eau de boisson potable quels que soient la distance et le temps mis à MICS 1996 et MICS 2000, par région sanitaire et milieu de résidence

Région sanitaire et milieu de résidence	Accès eau potable quels que soient distance ou temps mis MICS 1996	Accès eau potable quels que soient distance ou temps mis MICS 2000
Région sanitaire		
RS 1	31,6	47,9
RS 2	29,3	54,5
RS 3	47,7	70,7
RS 4	18,8	25,6
RS 5	2,9	32,7
Bangui	79,5	81,6
Milieu de résidence		
Urbain	54,8	64,5
Rural	21,2	48,1
Ensemble RCA	37,5	54,9



c) Evolution depuis 1988 par préfecture

Dans le but d'apprécier les progrès enregistrés par préfecture en matière d'approvisionnement en eau potable au cours des 10 dernières années, un indicateur particulier conforme à celui appliqué au Recensement Général de la Population de 1988 a été calculé. Il s'agit du pourcentage des ménages ayant accès à l'eau de boisson provenant du robinet, de la borne fontaine ou du forage quels que soient la distance ou le temps mis (les sources aménagées étant exclues en 1988). En effet, au cours du Recensement Général de la Population de 1988, les informations ont été collectées sur les sources d'approvisionnement en eau de boisson potable des ménages. Dans le rapport d'analyse des données de ce recensement portant sur le thème Habitat, le pourcentage des ménages ayant accès à ces 3 sources d'eau de boisson potable quels que soient la distance ou le temps mis a été calculé. L'indicateur de MICS 1996 et MICS 2000 est donc différent de celui du Recensement de 1988 à double titre car à l'enquête MICS, l'indicateur est calculé par rapport à la population et que les sources d'eau aménagées sont prises en compte. Afin de faciliter la mesure de progrès réalisés au cours de la décennie par préfecture, le même type d'indicateur obtenu au Recensement Général de la Population de 1988 a été calculé à partir des données de l'enquête MICS 2000.

Sur la base de cet indicateur spécifique lié au recensement de 1988, il apparaît que de grands progrès ont été accomplis pour la disponibilité des services d'eau de boisson provenant du robinet, de la borne fontaine et du forage au profit des ménages sur l'ensemble du territoire de 1988 à l'an 2000. En effet, le pourcentage des ménages ayant accès à l'eau de boisson répondant à ces critères a doublé au cours de la décennie en passant de 19 % en 1988 à 41 % en l'an 2000. Ces progrès sont également observés dans les milieux de résidence : le pourcentage des ménages urbains qui ont accès à ces 3 catégories de source d'eau potable est passé de 29 % en 1988 à 55,6 % en l'an 2000 et celui des ménages ruraux est passé de 13,7 % en 1988 à 32,7 % en l'an 2000.

Des progrès significatifs en matière de disponibilité des services d'eau de boisson provenant du robinet, de la borne fontaine et de forage sont enregistrés dans la majorité des préfectures, sauf pour les préfectures suivantes qui ont malheureusement enregistré

une baisse : Sangha-M'Baéré (de 16,8 % en 1998 à 15,2 % en l'an 2000), Ouaka (de 12,6 % en 1988 à 11,6 % en l'an 2000), Haute-Kotto (de 1,2 % en 1988 à 0,9 % en l'an 2000), M'Bomou (de 6,5 % en 1988 à 1,2 % en l'an 2000), et Basse-Kotto (de 6,8 % en 1988 à 1,8 % en l'an 2000). Les efforts très significatifs accomplis au bout de 10 dernières années pour la disponibilité des services d'eau potable sont observés particulièrement dans les préfectures de la Lobaye (de 9 % en 1988 à 51,5 %), de l'Ouham-Pendé (de 17,6 % en 1988 à 60,3 %), du Bamingui-Bangoran (de 23,6 % à 60,6 %).

Tableau 5.10: Pourcentage des ménages ayant accès à l'eau de robinet, de borne fontaine et de forage selon les préfectures et le milieu de résidence au recensement de 1998 et MICS 2000

Préfectures et milieu de résidence	Accessibilité des ménages à l'eau de robinet, borne fontaine et eau de forage RGP 88	Accessibilité des ménages à l'eau de robinet, borne fontaine et eau de forage MICS 2000
Préfecture		
Ombella-Mpoko	7,3	34,6
Kémo	23,2	20,7
Nana-Grébizi	33,2	58,9
Lobaye	9,0	51,5
Mambéré Kadéï	28,7	30,9
Sangha-Mbaéré	16,8	15,2
Nana-Mambéré	8,1	37,2
Ouham	28,6	69,9
Ouham-Pendé	17,6	60,3
Ouaka	12,6	11,6
Bamingui-Bangoran	23,6	60,6
Haute-Kotto	1,2	0,9
Vakaga	1,2	14,2
Mbomou	6,5	1,2
Basse-Kotto	6,8	1,8
Haut-M'Bomou	2,3	25,8
Bangui	41	80,6
Milieu résidence		
Urbain	29,0	55,6
Rural	13,7	32,7
Ensemble RCA	18,7	40,9

5.2.2 Taux d'accessibilité à l'eau de boisson potable (moins de 500 m)

A titre de rappel, le taux d'accessibilité à l'eau de boisson potable mesure le pourcentage de la population qui a accès à une source d'approvisionnement en eau de boisson potable située à une distance acceptable qui est moins de 500 mètres. Il s'agit de l'eau provenant du robinet, de la borne fontaine, du forage et d'une source aménagée.

a) Situation en l'an 2000

Les résultats du tableau 5.11 révèlent que le taux d'accessibilité de la population centrafricaine à l'eau potable est de 38,6 %. La prise en compte du critère de distance acceptable de moins 500 mètres fait donc chuter le pourcentage de la population qui a accès à une source d'eau de boisson potable de 55 à 38,6 %. Ce taux est plus élevé en milieu urbain (45%) qu'en milieu rural (34,2%).

L'analyse au niveau préfectoral montre qu'il existe des différences des taux d'accessibilité à l'eau potable par préfecture. Ce taux est supérieur à la moyenne nationale de 38,6 % à Bangui (58 %) et dans les préfectures de l'Ouham-Pendé (57,1 %), de l'Ouham (54,8 %), du Bamingui-Bangoran (53,5 %), de la Nana-Mambéré (45,5 %), de la Nana-Grébizi (45,4 %) et de la Mambéré-Kadéï (40 %). Aussi convient il de souligner que le taux d'accessibilité à l'eau potable est très faible dans la Haute-Kotto (2,8 %) et relativement faible dans les préfectures du M'Bomou (13,3 %), de la Vakaga (14,5 %) et de la Ouaka (14,8 %).

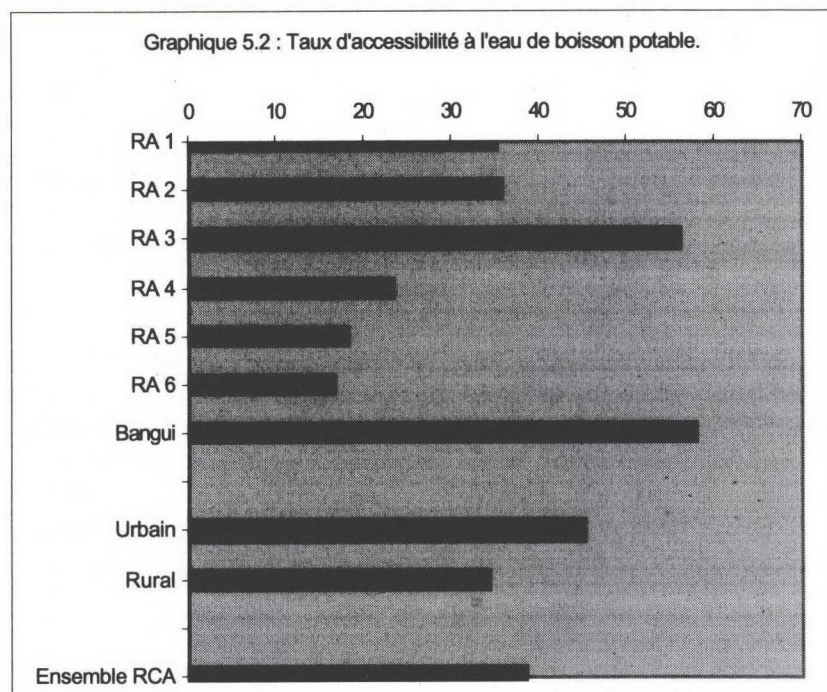
Tableau 5.11: Taux d'accessibilité à l'eau de boisson potable selon les préfectures selon les préfectures et le milieu de résidence, RCA, MICS2000.

Préfectures et milieu de résidence	Accessibilité à l'eau potable à moins de 500 mètres	Effectif total de la population
Préfecture		
Ombella-Mpoko	32,0	9102
Kémo	21,4	2756
Nana-Grébizi	45,4	2769
Lobaye	40,0	5830
Mambéré Kadéï	34,0	10440
Sangha-Mbaéré	22,8	2174
Nana-Mambéré	45,5	4908
Ouham	54,8	7320
Ouham-Péndé	57,1	9937
Ouaka	14,8	6414
Bamingui-Bangor	53,5	840
Haute-Kotto	2,8	1641
Vakaga	14,5	1058
Mbomou	13,3	4332
Basse-Kotto	15,5	5892
Haut-M'Bomou	32,4	1277
Bangui	58,0	15806
Milieu résidence		
Urbain	45,0	37980
Rural	34,2	54517
Ensemble RCA	38,6	92497

Les taux d'accessibilité à l'eau de boisson potable varie également selon les régions administratives. Ces taux sont inférieurs à la moyenne nationale dans toutes les régions administratives, sauf à Bangui (58 %) et dans la RA3 (56,1 %). Cependant, ils sont relativement plus faibles dans les RA6 (16,6 %) et RA5 (18,5 %).

Tableau 5.12: Taux d'accessibilité à l'eau de boisson potable selon les régions, RCA, MICS 2000.

Régions	Accessibilité à l'eau potable à moins de 500 mètres	Effectif total de la population
Région Administrative		
RA1	35,1	14932
RA2	35,8	17522
RA3	56,1	17257
RA4	23,4	11939
RA5	18,3	3539
RA6	16,6	11502
Bangui	58,0	15806
Région Sanitaire		
RS1	34,7	20457
RS2	35,8	17522
RS3	56,1	17257
RS4	16,1	9953
RS5	16,6	11502
Ensemble RCA	38,6	92497



b) Evolution du taux d'accessibilité à l'eau potable depuis 1996

Les résultats obtenus au cours des enquêtes MICS de 1996 et MICS 2000 révèlent une amélioration du taux d'accessibilité de la population à l'eau potable sur l'ensemble du pays. Ce taux est passé de 30,6 % en 1996 à 38,6 % en l'an 2000 pour l'ensemble de la population centrafricaine. Ce gain de 8 points provient beaucoup plus des efforts consentis en faveur de la population vivant en milieu rural. En effet, le taux d'accessibilité à l'eau potable a presque doublé en milieu rural, passant de 17,9 % en 1996 à 34,2 % en l'an 2000. Cependant, cet indicateur est resté presque constant sur la même période en milieu urbain : il était de 44,1 % en 1996 et est évalué à 45 % en l'an 2000.

Cette amélioration du taux d'accessibilité de la population à l'eau potable est observée dans toutes les régions sanitaires, à l'exception de la RS3 et Bangui où cet indicateur a plutôt connu une baisse durant ces 5 dernières années : il est passé de 41,9 % en 1996 à 36,1 % en l'an 2000 dans la RS3 et de 63 % à 58 % à Bangui au cours de la même période. En dépit de la disponibilité de sources d'eau de boisson potable qui est plus élevée dans la RS3 et la capitale Bangui (cf. tableau 5.2), cette baisse du taux d'accessibilité pourrait traduire l'impact de l'accroissement rapide de la population dans ces 2 régions qui sont les plus peuplées du pays, en rapport avec le critère de distance acceptable pour l'approvisionnement en eau de boisson potable.

Tableau 5.13: Evolution du taux d'accessibilité à l'eau potable, MICS 1996 et MICS 2000.

Région sanitaire et milieu de résidence	Taux d'accessibilité à l'eau potable MICS 1996	Taux d'accessibilité à l'eau potable MICS2000
Région sanitaire		
RS 1	24,1	34,7
RS 2	26,8	35,8
RS 3	41,9	36,1
RS 4	14,2	16,1
RS 5	2,5	16,6
Bangui	63,0	58,0
Milieu de résidence		
Urbain	44,1	45,0
Rural	17,9	34,2
Ensemble RCA	30,6	38,6

5.2.3 Taux de couverture en eau potable

a) Situation en l'an 2000

D'après le tableau 5.14, le taux de couverture de la population centrafricaine en eau potable n'est que de 27,4 %. A titre de rappel, la bonne couverture de la population en eau potable signifie l'accès à l'eau de boisson potable à moins de 500 mètres et en moins de 30 minutes. La couverture de la population urbaine en eau potable est plus élevée (36%) que celle de la population rurale (21,3%).

Le taux de couverture en eau potable varie selon les préfectures. Les populations qui éprouvent des difficultés pour s'approvisionner en eau potable à une distance et en un temps acceptables sont celles des préfectures du M'Bomou (0,4 %), du Haut-M'Bomou (0,5 %), et de la Haute-Kotto (1,0 %) qui ont un taux de couverture en eau potable inférieur à 2 %. Cependant, le taux de couverture en eau potable est au dessus de la moyenne nationale de 27,4 % à Bangui (52,8 %) et dans les préfectures de l'Ouham-Péndé (45,9 %), de l'Ouham (42,4 %), du Bamingui-Bangoran (36,6 %), de la Nana-Grébizi (28,1 %) et de la Nana-Mambéré (28 %).

Tableau 5.14 : Taux de couverture de la population en eau potable selon les préfectures et le milieu de résidence, RCA, MICS 2000.

Préfectures et milieu de résidence	Accès à l'eau potable à moins de 500 mètres et en moins de 30 minutes	Effectif total de la population
Préfecture		
Ombella-Mpoko	14,9	9102
Kémo	10,3	2756
Nana-Grébizi	28,1	2769
Lobaye	34,1	5830
Mambéré Kadéi	19,5	10440
Sangha-Mbaéré	10,2	2174
Nana-Mambéré	28,0	4908
Ouham	42,4	7320
Ouham-Péndé	45,9	9937
Ouaka	8,7	6414
Bamingui-Bangoran	36,6	840
Haute-Kotto	1,0	1641
Vakaga	9,0	1058
Mbomou	0,4	4332
Basse-Kotto	0,5	5892
Haut-M'Bomou	17,8	1277
Bangui	52,8	15806
Milieu résidence		
Urbain	36,1	37980
Rural	21,3	54517
Ensemble RCA	27,4	92497

Des écarts relativement importants sont observés par rapport aux taux de couverture en eau potable au niveau des régions administratives. La RA6 enregistre le taux de couverture en eau potable le plus faible (2,4 %) suivie par la RA5 (11,8 %) et RA4 (13,6%). C'est à Bangui (52,8 %) et dans la RA3 (44,4%) que ces taux dépassent la moyenne nationale de 27,4%.

Tableau 5.15 : Taux de couverture de la population en eau potable selon les régions, RCA, MICS2000

Régions	Accessibilité à l'eau potable à moins de 500 mètres et à moins de 30 mn	Effectif total de la population
Région Administrative		
RA1	22,4	14932
RA2	20,7	17522
RA3	44,4	17257
RA4	13,5	11939
RA5	11,8	3539
RA6	2,4	11502
Bangui	52,8	15806
Région Sanitaire		
RS1	21,6	20457
RS2	20,7	17522
RS3	44,4	17257
RS4	9,8	9953
RS5	2,4	11502
Ensemble RCA	27,4	92497

b) Evolution du taux de couverture en eau potable depuis 1996

Selon les données issues des enquêtes MICS de 1996 et MICS 2000, le taux de couverture de la population en eau potable a légèrement baissé, passant de 28,3 % en 1996 à 27,3 % en l'an 2000. Les conditions d'accès facile à l'eau potable sont-elles de moins en moins respectée avec la pression démographique. Cette baisse enregistrée au niveau national est imputable principalement au milieu urbain dont le taux de couverture a régressé d'environ 5 points. Cependant le taux de couverture en eau potable s'est amélioré au cours des cinq dernières années en milieu rural, passant de 16,2 % en 1996 à 21,3 % en l'an 2000.

Le taux de couverture de la population en eau potable est en baisse ou est stationnaire dans toutes les régions sanitaires au cours des 5 dernières années, sauf dans la RS3 où un progrès sensible est observé. En effet, le taux de couverture en eau potable de la population de la RS3 est passé de 38,4 % en 1996 à 44,4 % en l'an 2000.

Tableau 5.16 : Evolution du taux de couverture en eau potable, MICS 1996 et MICS2000.

Région sanitaire et milieu de résidence	Taux de couverture en eau potable MICS 1996	Taux de couverture en eau potable MICS2000
Région Sanitaire		
RS1	21,5	21,6
RS2	24,0	20,7
RS3	38,4	44,4
RS4	13,7	9,8
RS5	2,5	2,4
Bangui	59,0	52,8
Milieu résidence		
Urbain	41,1	36,0
Rural	16,2	21,3
Ensemble RCA	28,3	27,3

5.2.4 Paiement de sources d'eau de boisson potable

Selon les résultats du tableau 5.17, 29,8 % des ménages de l'ensemble du pays achètent l'eau de boisson. La proportion des ménages qui achètent l'eau de boisson est élevée en milieu urbain (48,8 %) qu'en milieu rural (19,2 %). La politique de recouvrement de coût mis en place pour assurer la maintenance des forages hydrauliques qui représentent 29 % des sources d'approvisionnement en eau de boisson potable en milieu rural (20 % pour l'ensemble) aurait contribué à ce taux de paiement de l'ordre de 30 % en ce sens que l'eau du robinet (dans le logement, dans la cour et de la borne fontaine) ne représentent que 24,1 % des sources d'eau dans le pays.

Le paiement ou l'accès gratuit à l'eau de boisson potable varie selon les préfectures. Près de 3/4 des ménages à Bangui (74,2 %) paient l'eau de boisson. Cette proportion est relativement élevée dans les préfectures de la Lobaye (50,4 %), de l'Ouham-Péndé (42,9 %), et du Bamingui-Bangoran (34,8 %). Cependant les résultats indiquent que les ménages des préfectures de la Haute-Kotto (0,1 %), du Haut-M'Bomou (0,2 %) et de la Basse-Kotto (4,0 %) n'achètent presque pas l'eau de boisson.

Tableau 5.17 : Pourcentage des ménages selon les principales sources d'eau de boisson payantes ou non payantes par préfecture et milieu de résidence, RCA, MICS2000.

Préfectures et milieu de résidence	Principales sources d'eau de boisson payantes		Effectif total de la population
	Oui	Non	
Préfecture			
Ombella-Mpoko	29,4	70,6	9102
Kémo	9,8	90,2	2756
Nana-Grébizi	13,1	86,9	2769
Lobaye	50,4	49,6	5830
Mambéré Kadéï	27,1	72,9	10440
Sangha-Mbaéré	8,0	92,0	2174
Nana-Mambéré	29,9	70,1	4908
Ouham	29,0	71,0	7320
Ouham-Péndé	42,9	57,1	9937
Ouaka	9,9	90,1	6414
Bamingui-Bangoran	34,8	65,2	840
Haute-Kotto	0,1	99,9	1641
Vakaga	8,0	92,0	1058
Mbomou	0,2	99,8	4332
Basse-Kotto	4,0	96,0	5892
Haut-M'Bomou	0,2	99,8	1277
Bangui	74,2	25,8	15806
Milieu résidence			
Urbain	48,8	51,2	37980
Rural	19,2	80,8	54517
Ensemble RCA	29,8	70,2	92497

Les proportions des ménages qui achètent l'eau de boisson varient selon les régions. Ces proportions sont relativement élevées dans les RA3 (39 %), RA1 (38,2 %), RA2 (29,8 %) et élevée à Bangui (74,2 %). La presque totalité des ménages de la RA6 (97,7 %) n'achète pas l'eau de boisson.

Tableau 5.18 : Répartition des ménages selon les principales sources d'eau de boisson payantes ou non par Régions, RCA, MICS2000.

Régions	Principales sources d'eau de boisson payantes		Effectif total de la population
	Oui	Non	
Région Administrative			
RA1	38,2	61,8	14932
RA2	29,8	70,2	17522
RA3	39,0	61,0	17257
RA4	10,3	89,7	11939
RA5	10,2	89,8	3539
RA6	2,3	97,7	11502
Bangui	74,2	25,8	15806
Région Sanitaire			
RS1	28,4	71,6	20457
RS2	20,8	79,2	17522
RS3	39,0	61,0	17257
RS4	9,7	90,3	9953
RS5	2,3	97,7	11502
Ensemble RCA	29,8	70,2	92497

5.2.5 Dépenses journalières pour l'approvisionnement en eau de boisson

Le tableau 5.19 présente les dépenses journalières pour l'approvisionnement des ménages ayant déclaré acheter l'eau de boisson potable. Il en ressort que parmi les 29,8 % de ménages de l'ensemble du pays qui achètent l'eau de boisson, 76,3 % dépendent journalièrement moins de 100 FCFA, 14,8 % entre 100 et 195 FCFA et 0,7 % plus de 500 FCFA. Parmi les ménages urbains qui paient l'eau de boisson, 90,7 % dépendent journalièrement moins de 200 FCFA dont 74,8 % dépendent moins de 100 FCFA et 15,9 % entre 100 et 195 FCFA. De même, parmi ceux vivant en milieu rural qui achètent l'eau de boisson, 91,5 % dépendent quotidiennement moins de 200 FCFA : 78,3 % dépendent moins de 100 FCFA et 13,2 % entre 100 et 195 FCFA.

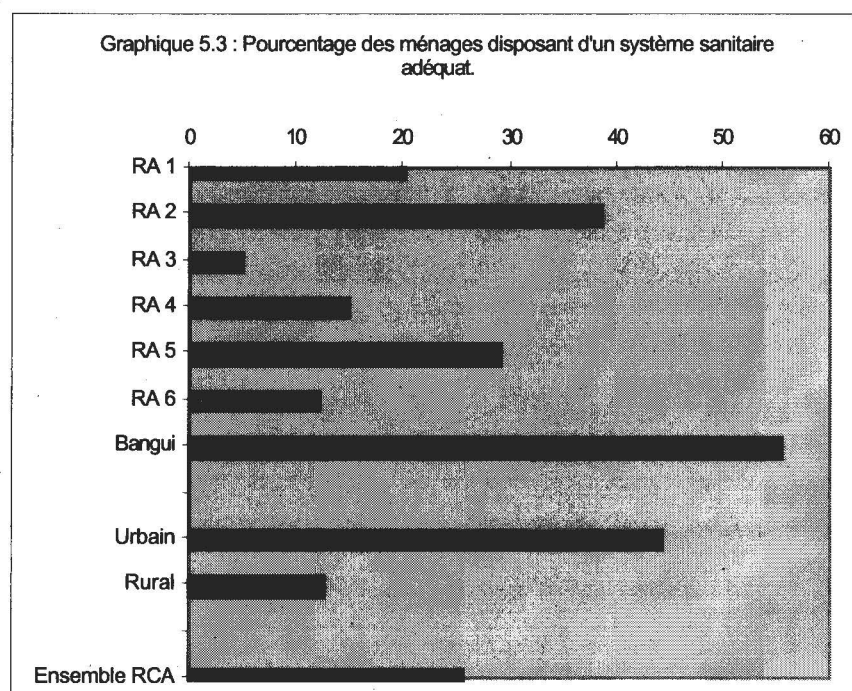
Les dépenses journalières pour l'approvisionnement en eau de boisson ne varient pas considérablement selon les préfectures. Toutes les préfectures dont l'effectif des ménages ayant déclaré payé l'eau de boisson est statistiquement non significatif (est inférieur à 100) sont exclues de l'analyse à ce niveau. Cependant dans les autres préfectures où un

du fait que seulement 5,1 % a accès au système adéquat d'installation sanitaire du ménage. L'accès de la population au système adéquat d'installation sanitaire au sein du ménage est relativement faible dans les RA6 (12,3 %) et RA4 (15 %). Il est au dessus de la moyenne nationale (25,6 %) à Bangui (55,5 %) et dans la RA5 (29,2 %).

Tableau 5.22: Pourcentage de la population selon le type d'installation sanitaire du ménage, par régions, RCA, MICS2000

Régions	Type d'installation sanitaire										Effectif de la population ayant accès	
	Chasse d'eau avec fosse sep	Laraine à évacuation	Larines améliorées	Larines tradition	Trou ouvert	Seau	Autre	Pas de toilette/ brousse		Total avec système sanitaire		
Région Administrati												
RA1	0,2	0,2	0,0	19,8	14,5	0,2	1,1	15,5	48,5	20,2	2135	
RA2	0,7	0,1	0,0	38,0	10,7	0,0	0,2	14,7	35,7	38,7	2764	
RA3	0,3	0,0	0,3	4,5	6,6	0,2	1,1	47,8	39,1	5,1	2816	
RA4	0,3	0,1	0,6	14,0	12,4	0,1	0,4	36,5	35,8	15,0	1889	
RA5	0,3	0,3	0,7	28,0	14,7	0,1	0,2	25,9	29,9	29,2	576	
RA6	0,1	0,2	0,2	11,8	19,3	0,0	0,9	21,9	45,7	12,3	1953	
Bangui	3,4	1,4	1,0	49,8	7,3	0,0	0,4	1,1	35,8	55,5	1900	
Région Sanitaire												
RS1	0,2	0,2	0,2	18,6	16,1	0,2	1,0	18,6	45,0	19,3	2989	
RS2	0,7	0,1	0,0	38,0	10,7	0,0	0,2	14,7	35,7	38,7	2764	
RS3	0,3	0,0	0,3	4,5	6,6	0,2	1,1	47,8	39,1	5,1	2816	
RS4	0,2	0,1	0,5	18,2	8,8	0,0	0,2	38,1	33,9	19,0	1611	
RS5	0,1	0,2	0,2	11,8	19,3	0,0	0,9	21,9	45,7	12,3	1953	
Ensemble RCA	0,9	0,3	0,4	24,1	11,4	0,1	0,7	22,8	39,4	25,6	14033	

Graphique 5.3 : Pourcentage des ménages disposant d'un système sanitaire adéquat.



5.3.2 Mode d'évacuation des excréments des enfants de 0–3 ans

Les résultats de l'enquête MICS 2000 contenus dans le tableau 5.23a montrent que 37,8 % des ménages sur l'ensemble du pays évacuent les excréments des enfants de 0-3 ans en les jetant dans les latrines et 15,4 % ont déclaré les jeter en dehors de la cour. Le mode de traitement des excréments des enfants de 0-3 ans varie selon le milieu de résidence. En effet, le mode de traitement le plus utilisé en milieu urbain est le jet des excréments dans les latrines (53,7 % en milieu urbain contre 29,1 % en milieu rural) tandis que le jet des excréments en dehors de la cour est plus observé en milieu rural (21,5 % en milieu rural contre 4,5 % en milieu urbain).

contamination des autres membres du ménage à travers la consommation des aliments, les salutations et les manipulations des ustensiles de cuisine. En RCA seulement 29,2 % des membres des ménages se lavent les mains avec du savon après les toilettes d'après le tableau 5.24. Cette pratique est bien développée en milieu urbain (44 %) qu'en milieu rural (21,1 %).

Le pourcentage des membres de ménages qui se lavent les mains avec du savon après les toilettes est supérieur à la moyenne nationale de 29,2 % dans les préfectures de Vakaga (61,2 %), de la Haute-Kotto (58,9 %), du Bamingui-Bangoran (53,5 %), de la Sangha-M'Baéré (50,9 %), de la Mambéré-Kadéï (48,5 %), de l'Ombella-M'Poko (41,3 %) et à Bangui (48,9 %). Cependant, il y a un problème de mauvaise pratique hygiénique dans les préfectures suivantes où un faible pourcentage de la population se lavent les mains avec du savon après les toilettes : Ouham (11,5 %), Basse-Kotto (13,3 %), Ouaka (14,8 %), Nana-Grébizi (15,1 %), Lobaye (15,4 %).

Tableau 5.24 : Pourcentage de la population qui se lave les mains ou non avec du savon après les toilettes par préfectures et milieu de résidence, RCA, MICS2000.

Préfectures et milieu de résidence	Se lavent les mains avec du savon après les toilettes		Effectif total de la population
	Oui	Non	
Préfecture			
Ombella-Mpoko	41,3	58,7	9102
Kémo	24,5	75,5	2756
Nana-Grébizi	15,1	84,9	2769
Lobaye	15,4	84,6	5830
Mambéré Kadéï	48,5	51,5	10440
Sangha-Mbaéré	50,9	49,1	2174
Nana-Mambéré	18,0	82,0	4908
Ouham	11,5	88,5	7320
Ouham-Péndé	16,3	83,7	9937
Ouaka	14,8	85,2	6414
Bamingui-Bangoran	53,5	46,5	840
Haute-Kotto	58,9	41,1	1641
Vakaga	61,2	38,8	1058
Mbomou	25,5	74,5	4332
Basse-Kotto	13,3	86,7	5892
Haut-M'Bomou	22,7	77,3	1277
Bangui	48,9	51,1	15806
Milieu résidence			
Urbain	44,0	56,0	37980
Rural	21,1	78,9	54517
Ensemble RCA	29,2	70,8	92497

La pratique hygiénique concernant le lavage des mains avec du savon varie selon les régions administratives. Cette pratique est très moins répandue au sein de la population de RA3 (14,2 %), RA4 (17,1 %) et RA6 (19,1 %).

Tableau 5.25 : Pourcentage de la population qui se lave les mains ou non avec du savon après les toilettes par régions, RCA, MICS2000.

Régions	Se lavent les mains avec du savon après les toilettes		Effectif total de la population
	Oui	Non	
Région Administrative			
RA1	31,0	69,0	14932
RA2	39,2	60,8	17522
RA3	14,2	85,8	17257
RA4	17,1	82,9	11939
RA5	58,2	41,8	3539
RA6	19,1	80,9	11502
Bangui	48,9	51,1	15806
Région Sanitaire			
RS1	27,8	72,2	20457
RS2	39,2	60,8	17522
RS3	14,2	85,8	17257
RS4	30,3	69,7	9953
RS5	19,1	80,9	11502
Ensemble RCA	29,2	70,8	92497

CONCLUSION

Les résultats de l'enquête MICS 2000 révèlent que des progrès importants ont été enregistrés par le pays en matière d'accès de la population à l'eau de boisson potable quels que soient la distance ou le temps mis car ce taux est passé de 38 % en 1996 à 55 % en l'an 2000 (soit 69 % pour eau salubre). Toutefois, la population des préfectures de l'Est du pays demeure moins desservie en services de base d'eau de boisson potable.

Le faible niveau d'accessibilité de la population à l'assainissement de base au sein des ménages constitue une préoccupation pour la santé de la population et particulièrement des enfants et des femmes. A peine le quart de la population (25,6 %) a accès à un système adéquat d'installation sanitaire au sein du ménage et seulement 29,2 % des membres du ménage se lavent les mains après les toilettes. Les très faibles taux d'assainissement de base observés dans les préfectures de l'Ouham (4,8 %), de l'Ouham-Péndé (5,4 %), de la Ouaka (5,4 %), de la Basse-Kotto (9,2 %) et de Nana-Mambéré (9,6 %) sont préoccupants compte tenu de leur impact en terme de maladies infantiles d'origine hydrique.

Les efforts accomplis au cours de la décennie 1990-2000 en matière d'approvisionnement en eau potable ne se sont donc pas accompagnés d'actions efficaces de promotion de l'hygiène au sein des ménages en République Centrafricaine. Une nouvelle orientation stratégique s'impose à tous les intervenants dans ce secteur afin d'améliorer l'impact des actions en terme de baisse de la prévalence des maladies diarrhéiques ou autres maladies d'origine hydrique. L'intégration des interventions dans le domaine de la santé et nutrition avec celles en matière d'eau et d'assainissement constitue une des approches à promouvoir en vue de la réduction sensible de la mortalité infanto-juvenile dans le pays.

CHAPITRE 6 : ETAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS

La collecte des informations sur l'état nutritionnel des enfants âgés de moins de 5 ans est très importante afin de prendre en charge le plus tôt possible les cas de malnutrition qui touche souvent les enfants de cette tranche d'âge.

La malnutrition est un problème répandu dans le monde avec des conséquences dévastatrices. Elle affaiblit le système immunitaire et aggrave les maladies. C'est un facteur causal dans près de la moitié des décès d'enfants de moins de cinq (5) ans dans les pays en développement (OMS, 1998). Les enfants mal nourris qui survivent, ont des capacités d'apprentissage réduites et une productivité plus faible à l'âge adulte.

Le terme malnutrition comprend la malnutrition généralisée (qui se manifeste sous forme de retard de croissance, d'insuffisance pondérale et d'émaciation chez les individus) et les déficiences en micro-nutriments ou oligo-éléments tels que la vitamine A, le fer, l'iode, le zinc et l'acide folique.

Ce chapitre présente les résultats de l'enquête MICS 2000 sur la situation nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans et les pratiques de l'alimentation des nourrissons. Les indicateurs sur la situation nutritionnelle ont été obtenus à partir des mesures anthropométriques (poids, taille), et sont : les rapports taille pour âge, poids pour âge, poids pour taille et le poids à la naissance. L'évaluation portant sur l'alimentation des enfants s'est focalisée sur l'allaitement maternel exclusif l'introduction des aliments de complément et l'allaitement maternel prolongé. L'appréciation de la situation des micronutriments a porté sur la détermination du taux de consommation du sel iodé, et la supplémentation en vitamine A.

6.1 SITUATION NUTRITIONNELLE DES ENFANTS

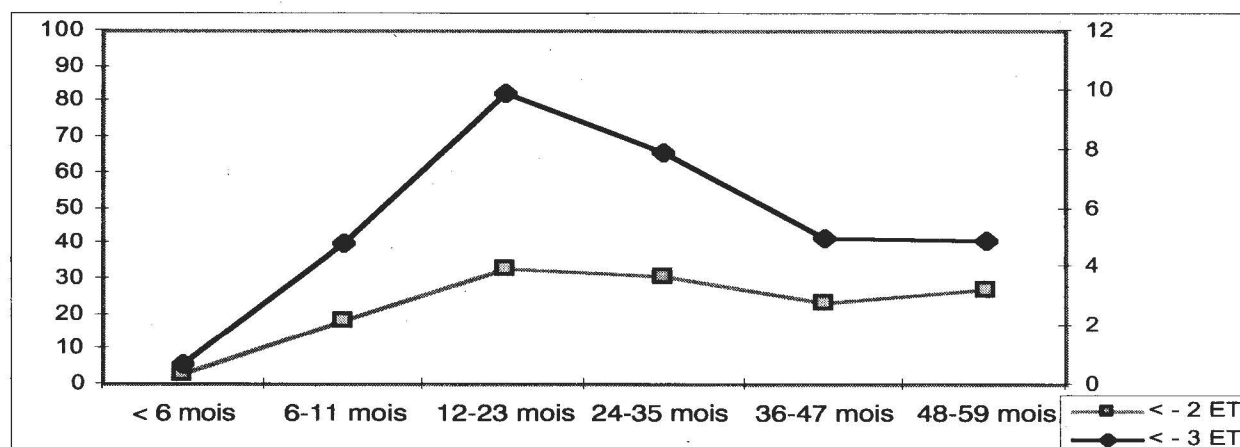
Au cours de cette enquête, trois indices nutritionnels ont été utilisés pour mesurer le statut nutritionnel des enfants de moins de 5 ans. Il s'agit des rapports : poids pour âge (P/A), taille pour âge (T/A) et poids pour taille (P/T). Ces indices obtenus à travers les mesures anthropométriques ont été comparés à ceux de la population de référence recommandée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), celle du National Centers for Health Statistics (NCHS) des Etats Unis d'Amérique, exprimés en unité d'écart types par rapport à la médiane de la distribution normale. Les enfants dont les indices tombent à moins 2 écart types ($< - 2$ ET) de la médiane de la population de référence sont considérés comme souffrant d'une sous-nutrition modérée tandis que ceux dont les indices tombent à moins 3 écart types ($< - 3$ ET) souffrent d'une malnutrition sévère.

Le rapport poids pour taille (P/T) décrit un état de sous-nutrition aigu (récent) caractérisé par l'émaciation (fonte des muscles et graisses) dont la forme sévère est le marasme, tandis que l'indice taille pour âge (T/A) traduit une évolution chronique de la sous-nutrition qui se manifeste par un retard de croissance par rapport à l'âge (petite taille). L'indicateur poids pour âge (P/A) est un indice composite reflétant les effets combinés des deux précédentes formes de sous-nutrition et mesure l'insuffisance pondérale (petit poids par rapport à l'âge).

Caractéristiques	P/A < -2 Ecart Type				P/A < -3 Ecart Type				Effectif des enfants
	Sexe Masculin	Sexe Féminin	Total		Sexe Masculin	Sexe Féminin	Total		
			%	Eff.			%	Eff.	
12-23 mois	33.5	32.0	32.8	836	9.9	9.8	9.9	252	2548
24-35 mois	31.4	29.2	30.3	766	8.6	7.2	7.9	202	2528
36-47 mois	22.9	24.3	23.6	595	4.1	5.8	5.0	126	2521
48-59 mois	27.4	25.9	26.7	538	4.8	4.9	4.9	99	2015
Niveau d'instruction de la mère									
Aucun	27.8	26.8	27.3	1938	6.8	6.9	6.9	483	7098
Primaire	21.9	21.7	21.8	802	5.7	5.5	5.6	206	3678
Secondaire et +	18.4	15.4	16.9	276	4.4	2.7	3.6	57	1633
Manquante/NSP	58.0	11.3	34.7	9	0.0	2.7	1.4	0	29
Ensemble RCA	25.2	23.0	24.1	3023	6.1	5.9	6.0	746	12438

L'analyse selon l'âge montre que la tranche d'âge la moins affectée est celle des moins de six (6) mois : 2,7 %. La prévalence de l'insuffisance pondérale modérée augmente ensuite rapidement à 18,4 % entre 6 et 11 mois, atteint son pic à 32,8 % entre 12 et 23 mois. Elle va amorcer une décroissance progressive à partir de 24-35 mois (30,3 %) jusqu'à 36-47 mois (23,6 %), avec une tendance à la remontée à partir de 48 mois (26,7 %). La courbe de la prévalence (graphique 6.1) de l'insuffisance pondérale sévère suit la même tendance.

Graphique 6.1 : Evolution de l'insuffisance pondérale modérée et sévère par âge



Le niveau d'instruction de la mère joue certainement un rôle important : plus le niveau de la mère est élevé, moins les enfants sont exposés à l'insuffisance pondérale. Le taux de prévalence décroît de 27,3 % chez les enfants de mères sans niveau d'instruction à 21,8 % chez ceux de mères de niveau primaire pour atteindre 16,9 % chez les enfants nés de mères de niveau secondaire ou plus.

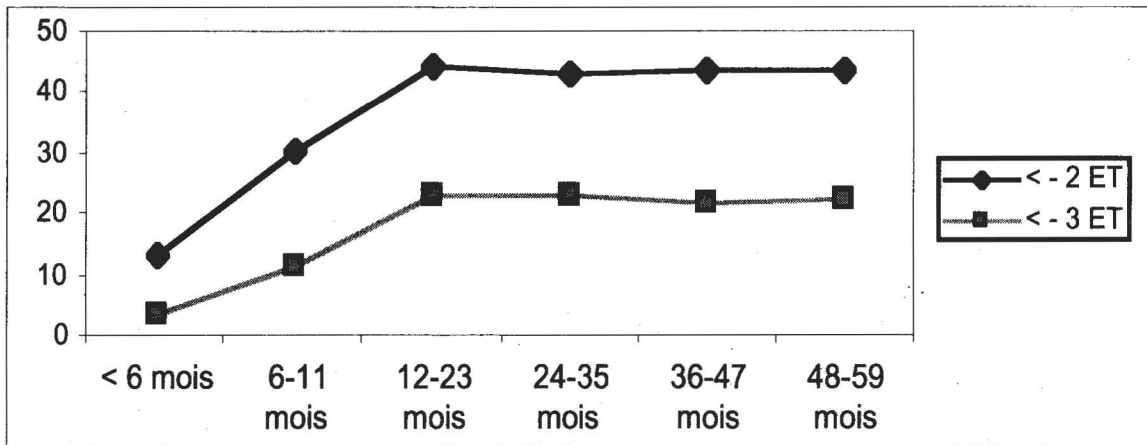
6.1.2 Prévalence du retard de croissance (T/A)

Le tableau 6.2 montre la prévalence du retard de croissance ou malnutrition chronique (taille pour âge) par sexe, préfecture, milieu de résidence, régions, tranches d'âge et niveau d'instruction de la mère.

Sur un total de 12438 enfants de moins de 5 ans enquêtés au niveau national, 4787, soit 38,5 % sont affectés par un retard de croissance staturale modéré par rapport à leur âge. Ce taux était de 28,4 % en 1995 (Enquête nutritionnelle), montrant une accentuation du problème. La forme sévère de cette sous-nutrition touche 19 % des enfants. Les garçons semblent être légèrement plus exposés que les filles dans les deux cas : le taux de prévalence du retard de croissance modérée chez les garçons est de 40,2 % contre 36,7 % chez les filles ; il est de 20,4 % chez les garçons contre 17,5 % chez les filles sous sa forme sévère.

Le tableau 6.2 et le graphique 6.2 montrent à suffisance que le retard de croissance est rare avant l'âge de 6 mois en raison de l'impact quasi certain de l'allaitement maternel. Après cette période, il devient un problème de santé publique très préoccupant, car le taux est passé de 30 % pour plafonner autour de 44 % pour les tranches d'âge supérieures (6 mois et plus). La tendance reste la même pour la forme sévère.

Graphique 6.2. : Evolution du retard de croissance modéré et sévère par âge



Le niveau d'instruction de la mère reste un facteur important de la promotion de la croissance des enfants. La prévalence du retard de croissance diminue au fur et à mesure que le niveau d'éducation des mères augmente.

6.1.3 Prévalence de l'émaciation (P/T)

La prévalence de l'émaciation ou malnutrition aiguë chez les enfants de moins de 5 ans est présentée dans le tableau 6.3 par sexe, préfecture, milieu de résidence, régions, tranches d'âge et niveau d'instruction de la mère.

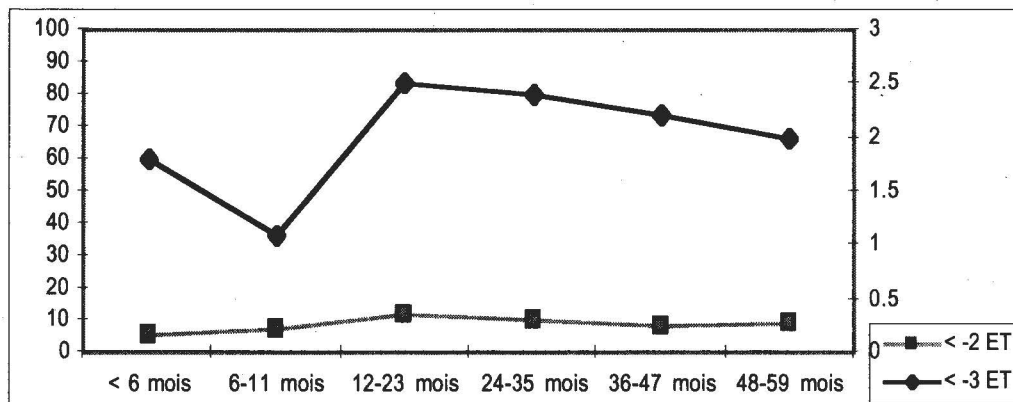
Au niveau national, 8,6 % des enfants tout sexe confondu sont émaciés, dont 2 % souffrent de malnutrition aiguë sévère. Ce taux était de 6,4 % en 1995 (Enquête nutritionnelle) et montre une progression du problème. On observe une faible variation entre les garçons et les filles : le taux de prévalence de l'émaciation modérée chez les garçons est de 9 % contre 8,2 % chez les filles ; il est de 2,4 % chez les garçons contre 1,7 % chez les filles sous sa forme sévère.

Le milieu rural est légèrement plus affecté par la malnutrition aiguë modérée que le milieu urbain (9,2 % contre 8,5 %). On observe que la malnutrition aiguë sévère ne varie pas en fonction du milieu de résidence, il est de 2,1 % tant en milieu urbain que rural.

Par préfecture, la Haute Kotto, la Mambéré Kadéi et le Bamingui Bangoran semblent les moins affectés avec des taux respectifs de 4,3 %, 4,6 % et 5,5 %. Les préfectures en tête de liste sont la Basse Kotto (13,3 %), la Ouaka (13,1 %), l'Ombella Mpoko (12 %) et la Vakaga (11,4 %).

L'observation par région sanitaire montre que la RS 1 est la plus faiblement touchée (5,3 %). Les autres régions sanitaires présentent des taux supérieurs à la moyenne nationale (8,6 %) avec en tête la région sanitaire N°5. Celle-ci enregistre un taux de 11,6 % pour les enfants souffrant de malnutrition aiguë modérée et 3,1 % pour la malnutrition aiguë sévère.

Graphique 6.3.: Prévalence de l'émaciation sévère et modérée par âge , RCA, MICS 2000



Comme pour le précédent indicateur, le niveau d'instruction de la mère influence la probabilité des enfants d'être malnutris. Ainsi, le tableau 6.3 montre que les enfants dont les mères ont un niveau d'éducation élevé souffrent moins de malnutrition aiguë (7,9 %) que leurs pairs nés de mères sans niveau (9,7 %).

6.2 POIDS A LA NAISSANCE

Le poids à la naissance est un important indicateur de la croissance et de la survie des enfants. Dans le cadre de cette enquête, les nouveaux nés ayant un poids inférieur à 2500 g sont considérés comme ayant un faible poids à la naissance. Ceux-ci commencent leur vie immédiatement désavantagés et auront à faire face à d'énormes problèmes de survie. Les enfants de faible poids à la naissance ont des taux de morbidité et de mortalité élevés dus à leur vulnérabilité aux maladies infectieuses. Ils sont de petite taille et émaciés dès la période néonatale et durant toute l'enfance, ils présentent souvent une insuffisance pondérale. On observe une forte corrélation entre le faible poids à la naissance et la déficience des fonctions immunitaires, le faible développement cognitif et les risques élevés de faire des accès aigus de diarrhée et de pneumonie. De plus, il est démontré que les enfants nés avec un faible poids à la naissance seront beaucoup plus exposés à l'âge adulte à des maladies chroniques telles que le diabète non insulino-dépendant, l'hypertension artérielle, les maladies coronariennes et les crises cardiaques.

Parmi les causes du faible poids à la naissance, on peut citer : la prématurité (naissance avant 37 semaines de grossesse) et le retard de croissance intra-utérine (pendant la grossesse). Dans les pays en développement, les principaux déterminants du faible poids à la naissance sont : le mauvais état nutritionnel de la mère lors de sa conception, le faible gain de poids pendant la grossesse dû à un régime alimentaire inadéquat et la petite taille de la mère liée à son état de sous-nutrition pendant son enfance et ou à des infections.

Au cours de l'enquête, les informations collectées sur le poids des enfants à la naissance, ont permis d'estimer le taux de faible poids ainsi que la proportion des enfants de poids normal à la naissance.

Les données du tableau 6.4 montrent que sur un total de 3561 enfants nés vivants au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête, environ la moitié (47,9 %) n'ont pas été pesés à la naissance, 6,5 % des mères ne se souvenaient pas si leurs enfants avaient été pesés. En excluant du dénominateur les enfants n'ayant pas été pesés, le pourcentage

d'enfants ayant un faible poids à la naissance est de 13 % contre 87 % d'enfants nés avec un poids normal (2500 g et plus).

Le pourcentage d'enfants ayant un faible poids à la naissance est quasi identique en milieu urbain (12,7 %) qu'en milieu rural (13,6 %). La répartition du pourcentage d'enfants ayant un faible poids à la naissance par préfecture montre que la situation est plus aiguë dans la Sangha Mbaéré (22 %), suivie par la Ouaka (18,5 %), la Lobaye (15,3 %), l'Ombella Mpoko (15,2 %), la Basse-Kotto (15,1 %). La capitale a le plus faible taux (9 %).

Une seule région sanitaire a un taux plus faible en dessous de la moyenne nationale de 13 % à savoir la RS6 (9 %). La proportion des enfants de faibles poids à la naissance est moins élevée parmi les enfants issus de mère ayant le niveau d'instruction secondaire ou plus (10,7 %).

Tableau 6.4 : Pourcentage de poids à la naissance selon la préfecture, le milieu de résidence, les régions, l'âge et le niveau d'instruction de la mère, RCA, MICS 2000.

Caractéristiques	Poids à la naissance		Effectif
	<2500 g	>=2500g	
Préfectures			
Ombella Mpoko	15.2	84.8	376
Kémo	9.9	90.1	100
Nana Grébizi	13.9	86.1	110
Lobaye	15.3	84.7	251
Mambéré Kadéi	14.2	85.8	411
Sangha Mbaéré	22.0	78.0	101
Nana Mambéré	13.2	86.8	162
Ouham	10.7	89.3	269
Ouham Péndé	14.0	86.0	392
Ouaka	18.5	81.5	283
Bamingui Bangoran	13.4	86.6	35
Haute Kotto	12.8	87.2	64
Vakaga	11.4	88.6	50
Mbomou	9.8	90.2	166
Basse Kotto	15.1	84.9	239
Haut Mbomou	9.8	90.2	48
Bangui	9.0	91.0	504
Milieu de résidence			
Urbain	12.7	87.3	1335
Rural	13.6	86.4	2227
Régions sanitaires			
RS 1	14.7	85.3	837
RS 2	15.8	84.2	674
RS 3	13.0	87.0	660
RS 4	16.7	83.3	432
RS 5	11.4	88.6	454
Bangui	9.0	91.0	504
Régions administratives			
RA 1	15.3	84.7	627
RA 2	15.8	84.2	674
RA 3	13.0	87.0	660
RA 4	15.9	84.1	493
RA 5	12.8	87.2	149
RA 6	11.4	88.6	504
Bangui	9.0	91.0	504
Niveau d'instruction de la mère			
Aucun	13.7	87.0	2011
Primaire	13.8	55.2	1105
Secondaire et +	10.7	76.8	435
Ensemble RCA	13.0	39.4	3561

Les données présentées dans le tableau 6.5 semblent suggérer que la proportion d'enfants de faible poids à la naissance est bien plus élevée et serait près du triple de celle obtenue à partir du poids objectif de naissance. En effet, le cumul de données des modalités «plus petit que la moyenne» et «très petit» donne un taux d'enfants de faible poids à la naissance de 17,1 %. Selon l'appréciation des mères interrogées, 8,1 % d'enfants seraient nés «très gros», 16,4 % seraient plus «gros que la moyenne» et 53,8 % auraient un poids «moyen» à la naissance.

leurs enfants au sein. En 1996, lors de l'enquête MICS I, la proportion d'enfants allaités au sein était évaluée à 99,8 %. Le tableau 6.6 confirme encore que le lait maternel demeure l'aliment de choix des enfants centrafricains.

Au total, 97,4 % des mères de 14268 enfants de moins de cinq (5)ans interviewées ont déclaré avoir allaité au sein leur bébé. Le taux d'allaitement maternel est identique pour les deux sexes (97,4) Ce taux semble avoir connu une petite baisse par rapport au niveau de 1996.

Cette baisse du taux d'allaitement maternel s'observe surtout au détriment du milieu urbain, telle que le montre le graphique 6.6. En effet, 95,6 % d'enfants ont été allaités en milieu urbain contre 98 % en milieu rural.

Trois préfectures ont enregistré les taux d'allaitement maternel en dessous de la moyenne nationale ; il s'agit de l'Ombella Mpoko (90,6 %), l'Ouham (92,4 %) et la Kémo (94,4 %). L'allaitement maternel est resté le mode d'alimentation prépondérante dans onze (11) préfectures et à Bangui avec des taux variant entre 98 et 99,3 %. C'est dans la Ouaka (99,3 %) et la Mambéré Kadéï (99,2 %) que l'on observe les taux les plus élevés.

La distribution du taux d'allaitement maternel au niveau régional suit la tendance préfectorale. Les régions sanitaires qui ont connu une baisse plus accentuée de l'allaitement maternel sont la RS1 avec un taux de 94,6 % et la RS3 qui a enregistré un taux de 95,6 %.

En fonction du niveau d'éducation des mères d'enfants, on observe que le taux d'allaitement au sein est plus faible chez les mères de niveau secondaire et plus (96,4 %), comparé aux mères sans niveau et de niveau primaire qui ont un taux respectif de 97 et 97,5 %. Ceci démontre une tendance un peu plus élevée à l'abandon de l'allaitement au sein chez les mères de niveau secondaire et plus.

Tableau 6.6 : Taux d'allaitement maternel chez les enfants de moins de cinq (5) ans, selon la préfecture, le milieu de résidence, les régions, l'âge et le niveau de la mère, RCA, MICS 2000.

Caractéristiques	Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant été allaités au sein					
	Sexe				Total	
	Masculin		Féminin			
%	Effectif des enfants	%	Effectif des enfants	%	Effectif des enfants	
Préfectures						
Ombella-M'poko	90.8	761	90.3	697	90.6	1458
Kémo	93.5	218	95.3	223	94.4	441
Nana-Grébizi	98.1	215	99.5	213	98.8	428
Lobaye	99.3	506	98.4	451	98.9	957
Mambéré-Kadéï	99.7	859	98.7	904	99.2	1763
Sangha-Mbaéré	98.8	183	98.4	202	98.6	385
Nana-Mambéré	98.7	289	98.1	300	98.4	589
Ouham	92.2	518	92.6	526	92.4	1044
Ouham-Pendé	97.3	810	98.2	786	97.8	1596
Ouaka	99.1	532	99.4	517	99.3	1049
Bamingui-Bangoran	99.5	72	97.7	66	98.6	138
Haute-Kotto	97.2	136	97.6	128	97.4	264
Vakaga	97.7	89	98.7	79	98.2	168
Mbomou	97.8	342	99.1	321	98.5	663
Basse-Kotto	98.1	502	98	457	98.1	959
Haut-Mbomou	98.5	87	98.4	88	98.5	175
Bangui	98.2	1131	97.7	1060	98.0	2191
Milieu de résidence						
Urbain	95.7	2889	95.5	2663	95.6	5552
Rural	98	4360	98	4355	98	8715
Régions administratives						
RA1	94.2	1267	93.5	1148	93.9	2415
RA2	99.4	1330	98.5	1406	99	2736
RA3	95.3	1329	95.9	1312	95.6	2641
RA4	97.6	964	98.5	952	98.1	1916
RA5	97.9	296	97.9	273	97.9	569
RA6	98	931	98.5	867	98.3	1798
Bangui	98.2	1131	97.7	1060	98.0	2191
Région sanitaires						
RS1	94.6	1700	94.6	1583	94.6	3283
RS2	99.4	1330	98.5	1406	99	2736

Caractéristiques	Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant été allaités au sein					
	Sexe				Total	
	Masculin		Féminin			
	%	Effectif des enfants	%	Effectif des enfants	%	Effectif des enfants
RS3	95.3	1329	95.9	1312	95.6	2641
RS4	98.6	828	98.9	789	98.8	1617
RS5	98	931	98.5	867	98.3	1798
Bangui	98.2	1131	97.7	1060	98	2191
Niveau d'éducation de la mère						
Aucun	96.9	4204	97.1	3973	97	8177
Primaire	97.6	2098	97.4	2059	97.5	4157
Secondaire et +	96.8	930	96	966	96.4	1896
Manquante/NSP	100	15	100	20	100	35
Ensemble RCA	97.4	7250	97.4	7018	97.4	14266

6.3.1 Allaitement maternel exclusif

L'allaitement maternel exclusif consiste à alimenter le bébé uniquement au sein sans autres apports alimentaires incluant l'eau, les aliments liquides, semi-solides ou solides, à l'exception des médicaments et des vitamines. Le tableau 6.7 présente la proportion d'enfants allaités exclusivement au sein pendant les six premiers mois de leur vie par sexe, préfecture, milieu de résidence, régions et niveau d'instruction de la mère. Les données sont présentées pour deux périodes 0-4 mois et 0-6 mois correspondant à l'évolution du programme au cours de la décennie (1990-2000). Au début, il s'agissait de la promotion de l'allaitement exclusif jusqu'à 4 mois, ensuite la période a été prolongée jusqu'à 4-6 mois en milieu de programme pour finalement être fixée à six mois vers la fin de la décennie.

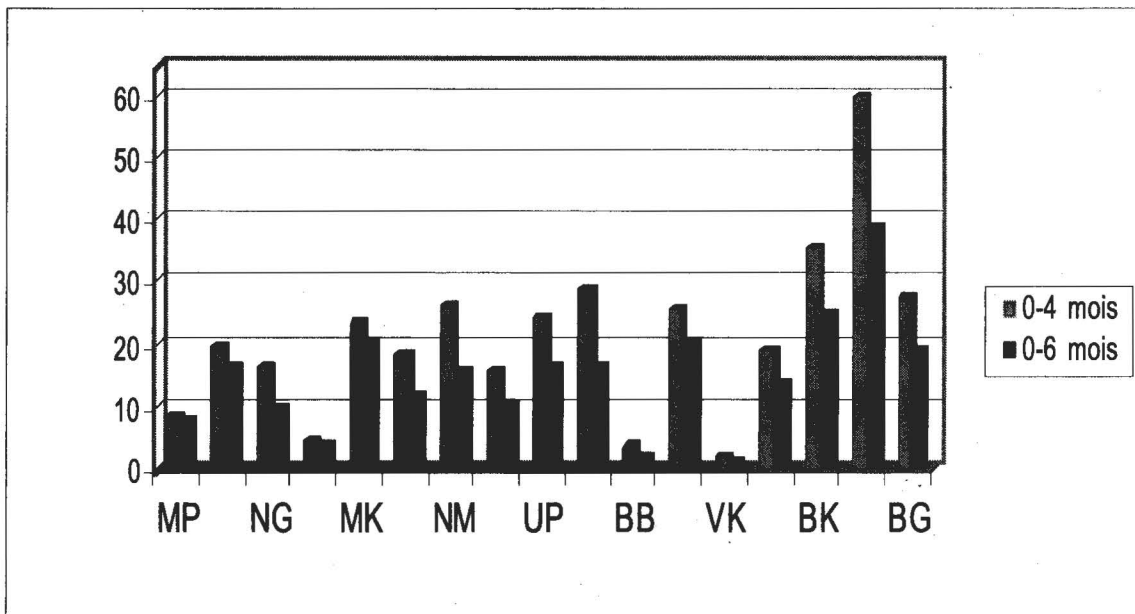
Au niveau national, 21,5 % des enfants enquêtés ont été allaités exclusivement au sein maternel dès la naissance jusqu'à leur 4ème mois, dont 23,5 % sont des filles contre 19,5 % des garçons. Le taux d'allaitement exclusif jusqu'à six (6) mois est plus faible mais respecte la même distribution selon le sexe. En effet, 15 % d'enfants semblent être allaités exclusivement jusqu'à 6 mois parmi lesquels on compte 16,7 % de filles et 13,3 % de garçons.

Il n'y a pas de différence notable par milieu de résidence : En milieu urbain, 22,1 % des enfants sont exclusivement allaités au sein contre 21 % en milieu rural pour la tranche d'âge 0-4 mois, tandis que 14,4 % le sont en milieu urbain contre 15,5 % en milieu rural pour la période 0-6 mois.

Au niveau préfectoral, le taux d'allaitement exclusif est particulièrement faible et inférieur à 5 % dans 3 préfectures pour les deux périodes. Il s'agit pour la période 0-4 mois de la Vakaga (1,8 %), du Bamingui-Bangoran (3,6 %) et de la Lobaye (4,5 %). Pour la période 0-6 mois, ces mêmes préfectures enregistrent respectivement 1 %, 1,7 % et 4,1 %. Les préfectures suivantes présentent des taux d'allaitement exclusif plus élevés et largement au dessus de la moyenne nationale. Pour la période 0-4 mois, il s'agit du Haut Mbomou (59,8 %), de la Basse Kotto (35,7 %), de la Ouaka (29,1 %), de la Nana Mambéré (26,1 %), de la Haute Kotto (25,5 %), de l'Ouham Pendé (24,3 %) et de la Mambéré Kadéï (23,3 %). Pour la période 0-6 mois, il s'agit du Haut Mbomou (38,8 %), de la Basse Kotto (24,8 %), de la Haute Kotto (20,5 %) et de la Mambéré-Kadéï (20,5 %). Bangui se situe largement au-dessus de la moyenne nationale dans les deux cas : 27,5 % d'enfants (dont 35 % des filles et 20 % des garçons) sont allaités exclusivement jusqu'à 4 mois et 18,7 % sont allaités jusqu'à 6 mois (dont 25,6 % des filles contre 11,8 % des garçons).

Au niveau régional, on note que seule la RS1 a un taux d'allaitement exclusif inférieur à 10 % (9,8%) pour la tranche d'âge 0-4 mois. Les autres régions ont des taux supérieurs à

Graphique 6.4 : Taux d'allaitement maternel exclusif de 0-6 mois par préfectures



6.3.2 Alimentation de complément

Afin de mieux répondre aux besoins nutritionnels de l'enfant à partir du sixième mois, il est recommandé d'introduire progressivement, en plus du lait maternel, des aliments de compléments d'abord liquides, puis semi-solides et solides. L'introduction des aliments de complément à cette période est cruciale, car plusieurs études ont démontré que c'est souvent à partir de cette période que la malnutrition se manifeste. L'état nutritionnel des enfants le démontrent à suffisance (cf paragraphes 6.1.1 à 6.1.3).

Le tableau 6.8 présente la répartition des enfants ayant reçu une alimentation complémentaire entre la période de 6 à 9 mois par préfecture, milieu de résidence, région et niveau d'instruction de la mère.

D'une manière générale, l'introduction des aliments de complément à partir du 6ème mois est une pratique courante en RCA car plus de trois quart (78 %) des enfants enquêtés ont reçu des aliments liquides ou solides. Il n'y a pratiquement pas de différence en fonction du sexe : le pourcentage des enfants ayant reçu un aliment de complément est de 78,3 % chez les filles contre 77,7 % chez les garçons.

Par ailleurs, il n'y a pas de différence par milieu de résidence : 77 % d'enfants en milieu urbain contre 76,9 % en milieu rural ont reçu les aliments de complément à partir du 6ème mois. Par contre, on observe qu'en milieu urbain ce sont les filles (79,5 %) qui ont le plus de chances de recevoir en temps opportun les aliments de complément que les garçons (74,5 %). La situation s'inverse lorsqu'on est en milieu rural : 79,7 % de garçons contre 74,1 % de filles.

Au niveau des préfectures, les taux varient dans la fourchette de 63,1 à 96,5 %. Sept(7) préfectures enregistrent des taux supérieurs à la moyenne nationale. Il s'agit du Bamingui Bangoran (96,5 %), de la Nana Gribizi (88,7 %), de la Ouaka (84,4 %), de la Nana Mambéré (82,9 %), du Mbomou (81,1 %), de la Mambéré Kadéi (80,1 %) et de la Haute Kotto (80,9 %).

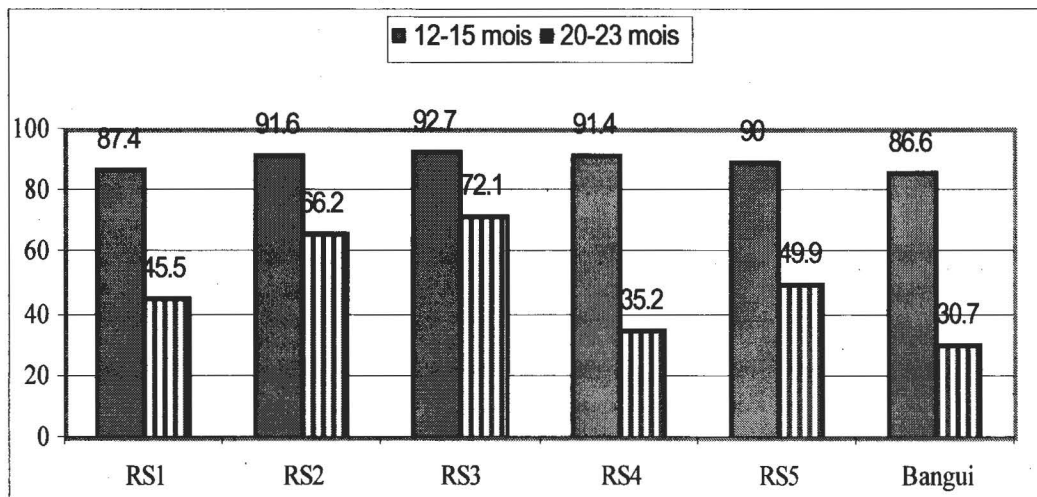
Considérant le milieu de résidence et les deux périodes ciblées, c'est en milieu rural que l'allaitement prolongé est beaucoup plus pratiqué. Les pourcentages de l'allaitement prolongé des enfants est de 91,5 % contre 86,8 % en milieu urbain pour la période 12-15 mois et, ils sont de 64,3 % contre 32,9 % pour la période 20-23 mois dans les mêmes milieux.

La répartition par préfecture montre une variation du taux d'allaitement maternel prolongé jusqu'à 12-15 mois allant de 81,9 % dans la Kémo à 98 % dans l'Ouham Pendé. Huit préfectures présentent des taux supérieurs à la moyenne nationale(89,9 %). Il s'agit de l'Ouham Pendé (98,5 %), du Haut Mbomou (95,2 %), de la Ouaka (94,2 %), de la Nana Mambéré (94 %), de la Lobaye (93,5 %), de la Sangha Mbaéré (93,3 %) et du Bamingui Bangoran (92,5 %). C'est dans l'Ouham, l'Ouham Pendé et la Mambéré Kadéï que les mères allaitent le plus longtemps possible leurs enfants jusqu'à 20-23 mois où le taux d'allaitement prolongé de 20 à 23 mois est respectivement de 73,1 %, 71,9 % et 71,5 %.

On observe de faible variation du taux par région sanitaire sur la période 12-15 mois. Par contre, les différences sont grandes entre les régions sur la période 20-23 mois comme le montre le graphique 6.5 ci-après.

Enfin, ce sont les mères sans niveau d'instruction qui gardent plus longtemps au sein leurs bébés que les femmes scolarisées comme l'indique la figure 6.7.

Graphique 6.5 : Taux d'allaitement maternel prolongé par région, RCA, MICS2000



6.4 CONSOMMATION DU SEL IODE

Le Gouvernement a développé et mis en oeuvre un programme dont la principale stratégie repose sur la promotion de la consommation du sel iodé depuis 1994 afin d'atteindre l'objectif d'élimination virtuelle des troubles dus à la carence en iode (TDCI). Au cours de cette enquête, un échantillon de 14033 ménages ont été visités avec succès dans les seize (16) préfectures du pays. Le pourcentage de ménages dont le sel a été testé est de 87,6 %. Des échantillons de sel consommé par ces ménages ont été collectés et testés à l'aide des kits testeurs d'iode rapides améliorés pour déterminer la teneur en iode. Des spécimens d'urines (environ 3600) ont été aussi prélevés et gardés au froid pour le dosage des résidus d'iode éliminés par l'organisme, comme preuve de l'utilisation effective. Les résultats des analyses de ces urines seront publiés ultérieurement.

Deux indicateurs sont retenus à savoir : la proportion des ménages consommant du sel adéquatement iodé (taux de consommation du sel iodé) et la proportion des populations avec un faible taux d'élimination d'iode urinaire (en dessous de 10 microgrammes pour 100 ml d'urine). Selon les directives du programme, le sel soumis à la consommation humaine et animal devrait être produit à l'usine avec une concentration d'iode à 100 ppm (part pour million) et arriver au niveau du ménage avec au moins 15 ppm.

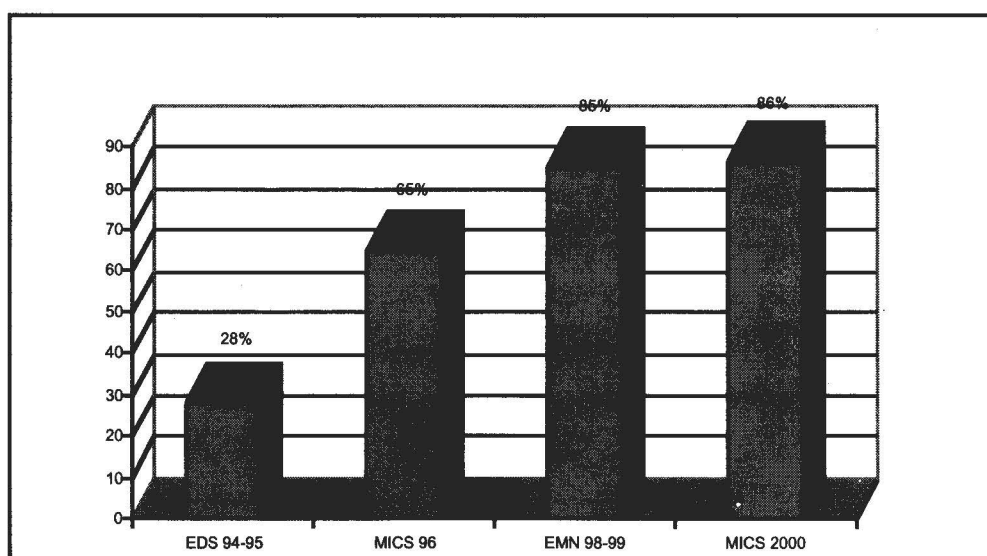
Le tableau 6.10 présente le taux de consommation du sel iodé par les ménages par préfecture, régions et milieu de résidence. Au total, 86 % des ménages du pays consomment du sel adéquatement iodé (teneur en iode supérieur ou égale à 15 ppm).

Le milieu de résidence semble avoir peu d'influence sur la distribution de la consommation du sel iodé, traduisant peut-être un niveau élevé de mobilisation des communautés et des opérateurs économiques (commerçants, revendeurs) à tous les niveaux pour la lutte contre les TDCI.

La répartition du taux de consommation du sel iodé par préfecture laisse entrevoir trois tendances. Neuf (9) préfectures ont des taux variant autour de 86 % y compris la capitale Bangui. Quatre (4) autres préfectures ont des taux nettement au dessus de la moyenne nationale (89,6 % à 95,3 %) et quatre (4) autres ont par contre des taux plus faibles variant de 14,7 % à 73 %. Les quatre préfectures dans lesquelles le sel adéquatement iodé est le plus utilisé (taux de consommation supérieur à la moyenne nationale) sont situées sur les portes d'entrée du sel iodé, principalement en provenance du Cameroun. Ce sont la Nana Mambéré (95,3 %), la Nana Gribizi (90,9 %), la Lobaye (89,6 %) et l'Ouham Pendé (89,6 %). Les préfectures qui enregistrent les plus faibles taux de consommation sont situées dans la zone du Nord-Est. Cette zone est difficile d'accès et constitue les portes d'entrée du sel non iodé en provenance des salines du Soudan et du Tchad. Il s'agit de la Vakaga (14,7 %), de la Haute Kotto (53 %), du Bamingui Bangoran (65,7 %), auxquels s'ajoute la Sangha Mbaéré (73,1 %) pourtant voisine aussi du Cameroun. Le dernier groupe comprend les préfectures qui dépendent des approvisionnements en sel venant de Bangui la capitale, à l'exception de la Mambéré Kadéï aussi voisine du Cameroun.

La répartition au niveau régional est le reflet de celle des préfectures. La RS 4 qui renferme les trois préfectures frontalières au Tchad et au Soudan et qui sont des portes d'entrée du sel non iodé a évidemment le taux le plus faible 73,5 %. Son équivalent, la région administrative N°5 arrive en fin de liste avec un taux de 46,4 %. Cette situation soulève le problème de l'efficacité du système de contrôle de qualité du sel aux frontières. Ce qui met en exergue l'importance des efforts à fournir pour atteindre

Graphique 6.7 : Tendence du taux de consommation du sel iodé de 1994 à 2000, RCA, MICS2000



6.5 SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A

La vitamine A est un oligo-élément indispensable au bon fonctionnement de l'organisme. Il joue un rôle important dans le fonctionnement de la vue et dans le système immunitaire. Une carence chronique en vitamine A entraîne chez les enfants une baisse progressive de la vision vespérale qui peut aboutir à la cécité crépusculaire (héméralopie). Si le problème n'est pas perçu et corrigé à temps, on assistera à une perte totale de la vue, voire la mort. Du point de vue immunitaire, la vitamine A agit au niveau des barrières de l'épithélium des cellules en arrêtant la pénétration des germes pathogènes et aussi au niveau des mécanismes de défenses qui normalement neutralisent les agents pathogènes de l'environnement. Le taux de mortalité chez les enfants souffrant d'avitaminose A sévère est estimé à 60% (SOURCE). De plus, la déficience infra-clinique en vitamine A aggrave l'évolution des maladies infectieuses avec un risque accru de décès. Des études récentes ont révélé qu'une amélioration du statut nutritionnel de la vitamine A chez les enfants d'âge préscolaire entraîne une réduction de la mortalité de 23 % (Beaton et al., 1993). Par ailleurs, avec une supplémentation en vitamine A, les risques de mortalité sont réduits de près de 50 % pour la rougeole et d'environ 40 % pour la diarrhée.

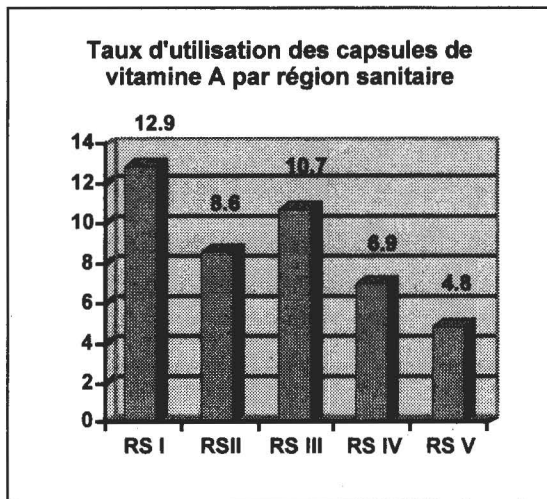
Au cours de cette enquête, trois questions ont été posées aux mères d'enfants ou aux nourrices aux fins de déterminer le taux d'utilisation des capsules de vitamine A (proportion des enfants de moins de 5 ans ayant reçu au moins une capsule de vitamine A) et les circonstances de supplémentation. (cf questionnaires en annexe).

6.5.1 Taux d'utilisation des capsules de vitamine A

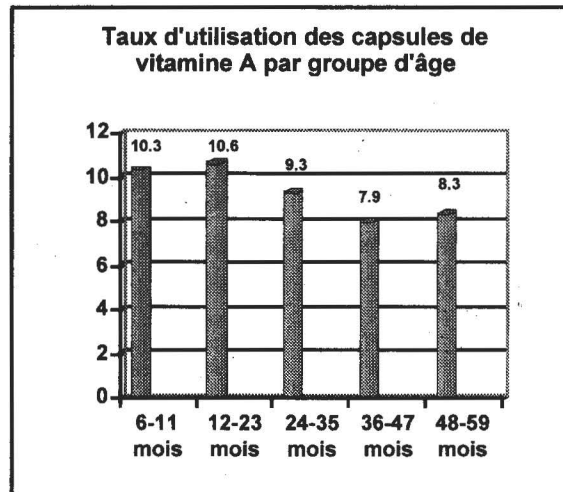
L'ingestion d'une capsule de vitamine A à forte dose (100.000 UI pour les enfants de moins d'un an et 200.000 UI pour les enfants de 12 à 59 mois) assure une couverture des besoins en vitamine A pour une durée d'environ 4 à 6 mois. La couverture annuelle est assurée par l'administration de deux capsules séparées de six mois. Le tableau 6.12 présente le taux d'utilisation de la vitamine A chez les enfants de moins de cinq ans durant les six (6) derniers mois précédant l'enquête, par régions, préfectures, sexe et

Caractéristiques	Taux d'utilisation des capsules de vitamine A (%)			Effectifs des enfants de moins de 5 ans		
	Sexe Masculin	Sexe féminin	Total	Sexe Masculin	Sexe féminin	Total
24-35 mois	9.9	8.8	9.3	1516	1349	2865
36-47 mois	8.3	7.4	7.9	1407	1416	2823
48-59 mois	8.6	7.9	8.3	1120	1131	2251
Niveau d'instruction de la mère						
Aucun	9.2	8.2	8.7	661	590	7182
Primaire	10.0	9.4	9.7	355	334	3567
Secondaire et plus	10.6	10.0	10.3	176	166	1664
Ensemble RCA	10.0	9.0	9.5	6333	6106	12440

Graphique 6.8 : Taux d'utilisation des capsules de vitamine A par région sanitaire



Graphique 6.9 : Taux d'utilisation des capsules de vitamine A par tranches d'âges



6.5.2 Opportunités d'administration des suppléments de vitamine A

Le tableau 6.13 donne une vue générale sur les opportunités de distribution des capsules de vitamine A aux enfants de moins de cinq ans, par préfecture, milieu de résidence, région, âge et niveau d'instruction des mères. Quatre occasions d'administration de capsules de vitamine A ont été explorées : les visites de routine dans les formations sanitaires, les consultations pour cause de maladie, les journées nationales de vaccination et les autres non déterminés.

Au niveau national, 15,3 % des enfants ont reçu des suppléments de vitamine A, principalement à l'occasion des JNV (7,7 %) et des visites de routine dans une formation sanitaire (6,8 %). Cependant, le taux d'administration des suppléments en vitamine A lors des consultations pour cause de maladie demeure très faible (0,5 %) et pourrait se justifier par une absence de formation et d'information du personnel de la santé.

Par préfecture, on note que ce sont par ordre décroissant la Sangha Mbaéré (14,1 %), la Mambéré Kadéï (10,1 %) et l'Ouham Pendé (9,5 %) qui enregistrent les taux élevés d'administration des suppléments de vitamine A lors des visites de routine. Par contre, ce sont les préfectures de l'Ouham (14,2 %), de la Kémo (11,3 %) et du Bamingui Bangoran (10,5 %) qui ont les taux élevés lors des JNV de 1999 et 2000. Les préfectures de la Nana Mambéré (3,6 %), de la Nana Gribizi (3,6 %) et de la Vakaga (2,1 %) occupent les derniers rangs dans l'administration des suppléments de vitamine A lors des visites de routine. Par ailleurs, lors des JNV, les enfants des préfectures de la Haute Kotto (4,4 %), de l'Ouham Pendé (4,4 %), de la Sangha Mbaéré (4 %) et du Mbomou (3,6 %) ont moins bénéficié des suppléments de vitamine A.

Les enfants résidant en milieu urbain ont plus de chance de recevoir une supplémentation en vitamine A que leurs collègues en milieu rural. En effet, 8,6 % ont bénéficié de cette supplémentation en milieu urbain contre 6,2 % en milieu rural lors des visites de routine. Il en est de même lors des JNV où 10,2 % ont reçu ces suppléments en milieu urbain contre 6,4 % en milieu rural. Dans tous les cas, qu'il s'agisse du milieu urbain ou rural, les garçons sont plus avantagés que les filles. Ainsi, en milieu urbain 20,6 % des garçons ont reçus un supplément en vitamine A contre 18,5 % pour les filles et en milieu rural, ces taux sont respectivement de 13,8 % et 12,8 %.

La région sanitaire N°1 est la première dans laquelle les enfants ont reçu le plus de suppléments de vitamine A (16,4 %), suivie respectivement par la RS2 (14,8%), la RS4 (13,3%), la RS3 (11,2 %) et enfin la RS5 (10,6 %). La RS2 et la RS3 enregistrent les taux de supplémentation relativement élevés lors des visites de routine (respectivement 9,3 % et 8,2 %). Lors des JNV, ce sont la RS1 et la RS3 qui sont en avance (respectivement 8,7 % et 8,2 %).

Selon les tranches d'âge, seuls les enfants âgés de 6 à 11 mois ont moins de chance que leurs aînés de bénéficier des suppléments de vitamine A. En effet, 12,1 % des enfants de 6 à 11 mois ont pu bénéficier de ces suppléments contre une moyenne d'environ 16 % pour les tranches d'âges supérieures. Il n'est pas observé une différence notable entre les taux de supplémentation par tranches d'âge lors des visites de routine ou lors des JNV, à l'exception de la tranche d'âge 6-11 mois où seulement 4 % des enfants ont bénéficié de la supplémentation lors des JNV.

On constate par ailleurs que plus le niveau d'instruction de la mère est élevé, plus les enfants ont des chances de bénéficier de suppléments. En effet, il a été observé les taux de supplémentation chez les enfants des femmes n'ayant aucun niveau d'instruction (6,5 %), celles ayant atteint le niveau primaire (7,6 %) et celles ayant atteint le secondaire et plus (8,4 %) lors des visites de routine. Ces proportions sont respectivement de 6,7 %, 8,6 % et 11,8 % lors des JNV.

CHAPITRE 7 : SANTE DE L'ENFANT

La survie de l'enfant fait partie des objectifs prioritaires des programmes de santé en République Centrafricaine au regard du taux élevé de mortalité infanto-juvenile et du taux de mortalité infantile qui ne cessent de se détériorer surtout pendant ces 5 dernières années : de 157 pour mille en 1995 à 194 à l'an 2000 pour le taux de mortalité infanto-juvenile et de 97 o/oo à 130,6 pour celui de la mortalité infantile pendant la même période.

A titre de rappel, les objectifs fixés pour la décennie du sommet mondial pour les enfants de 1990 à 2000 visant l'amélioration de la santé de l'enfant sont les suivants :

- Réduire de 95 % la mortalité due à la rougeole et de 90 %, l'incidence de la rougeole d'ici à 1995 par rapport aux niveaux observés avant la vaccination, étape majeure sur la voie de l'éradication totale de la maladie à long terme ;
- Maintenir un taux élevé de vaccination (au moins 90 % des enfants de moins de 1 an d'ici à l'an 2000) contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la rougeole, la poliomyélite et la tuberculose et, s'agissant des femmes en âge de procréer, contre le tétanos ;
- Réduire de 50 % la mortalité due à la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans et de 25 % l'incidence des diarrhées ;
- Réduire d'un tiers la mortalité due aux infections respiratoires aiguës chez les enfants de moins de 5 ans ;
- Eliminer la poliomyélite dans le monde entier d'ici à l'an 2000.

Au cours de l'enquête MICS 2000, les mères et les personnes en charge des enfants de moins de 5 ans ont fourni des informations importantes sur la vaccination des enfants âgés de 12 à 23 mois, les maladies diarrhéiques, les Infections Respiratoires Aiguës (IRA), le paludisme chez les enfants de moins de 5 ans ainsi que la connaissance de signes de gravité des maladies par les mères ou les personnes à charge de ces mêmes enfants, leurs attitudes et pratiques vis-à-vis de ces maladies.

7.1 VACCINATION DES ENFANTS

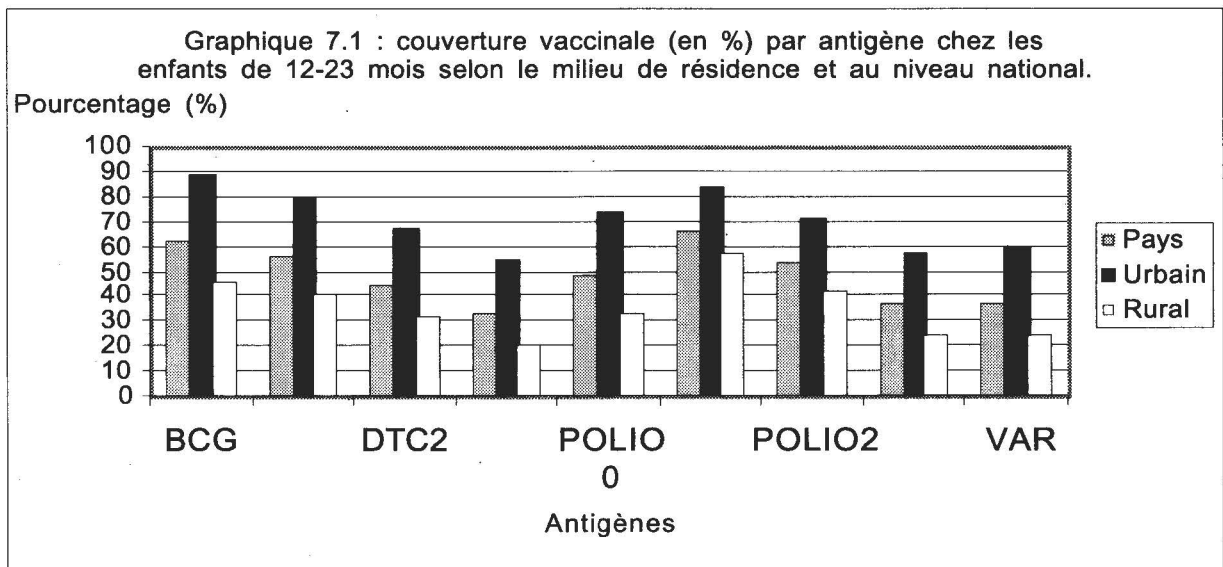
Conformément aux directives de l'OMS et de l'UNICEF, un enfant doit recevoir un vaccin de BCG pour être protégé contre la tuberculose, trois doses de DTC pour être protégé contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos, trois doses du vaccin polio pour être protégé contre la poliomyélite, ainsi que le vaccin contre la rougeole avant l'âge de 1 an.

Par rapport aux engagements pris lors du Sommet Mondial de l'Enfance (SME) de 1990, le pays s'est fixé les objectifs d'atteindre au moins 80 % de la couverture vaccinale avant le premier anniversaire par antigène (BCG, VPO3, DTC3, Vaccin contre la rougeole) en fin de décennie. La tranche d'âges souvent utilisée pour évaluer la couverture vaccinale d'une façon rétrospective est celle de 12 à 23 mois (soit 1 an révolu).

Au cours de l'enquête sur le terrain, les enquêtrices ont consulté les carnets de santé des enfants âgés de moins de 5 ans ou tout autre document équivalent contenant les informations sur la vaccination de l'enfant. Seulement 40 % des mères disposent d'un carnet de vaccination ou tout autre document de santé alors que cette disponibilité était de 60 % en 1995 (EDS 1994/95). En l'absence d'un carnet de vaccination, les informations sur la vaccination ont été collectées sur la base de la déclaration des mères à partir de la liste établie. Les taux de couverture vaccinale ainsi calculés prennent en compte à la fois

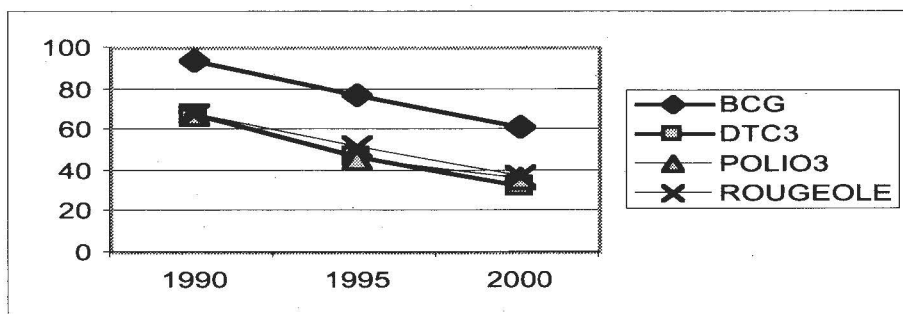
les informations issues des carnets de vaccination et celles provenant de la déclaration des mères. Seuls les enfants vaccinés avant leur premier anniversaire sont pris en compte. D'après les résultats de l'enquête MICS 2000, la couverture vaccinale par antigène au niveau national est respectivement de 61,8 % pour le BCG, 33 % pour le DTC3, 36 % pour le VOP3 et 37% pour le vaccin contre la rougeole. Il convient de signaler que sur 61,8 % des enfants de moins d'un an qui entrent dans la cohorte de vaccination avec le BCG, il n'y a que 37 % qui arrivent presque à terme avec le vaccin contre la rougeole, soit un taux d'abandon de 40,1 %. Pour les vaccins à dose multiples, les taux d'abandon sont importants : 40 % entre le DTC1 et DTC3, 45 % entre le VPO1 et VOP3.

Le niveau de couverture vaccinale est plus élevé en milieu urbain par rapport au milieu rural (voir graphique 7.1 ci-dessous).



Les taux de couverture vaccinale par antigènes sont en diminution par rapport à ceux de 1990 (Enquête nationale PEV 1991) et de 1995 selon l'EDS 1994/95 (graphique 7.2).

Graphique 7.2 : Evolution de la couverture vaccinale par antigène de 1990 à l'an 2000



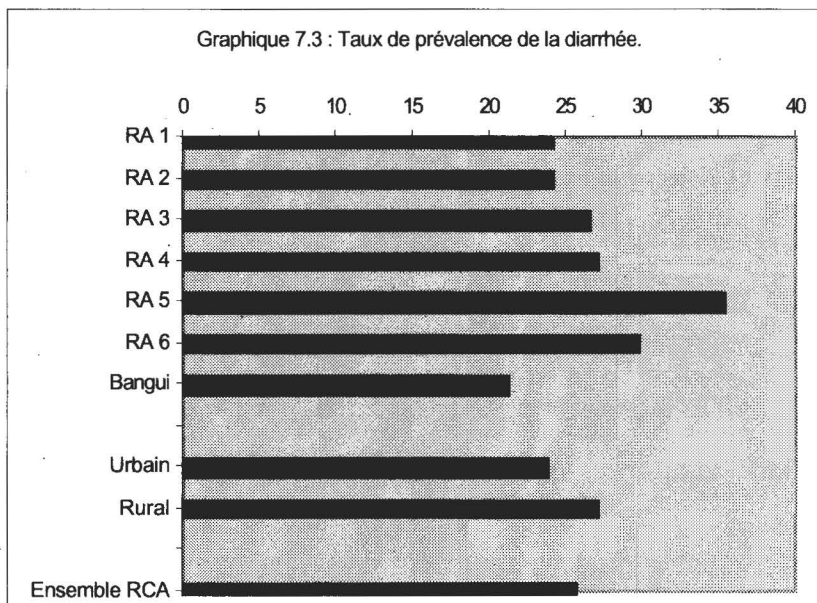
L'analyse de la couverture vaccinale par préfecture montre que la Nana-Grébizi et la Sangha-Mbaéré ont les niveaux les plus élevés de couverture vaccinale par rapport aux autres préfectures. Les plus faibles niveaux de couverture vaccinale avant le premier anniversaire sont observés dans les préfectures de Vakaga, de Basse-Kotto et de l'Ouham où respectivement 58,5 %, 54,8 % et 40,5 % d'enfants n'ont reçu aucune vaccination (tableau 7.1).

Sur le plan régional, quatre régions administratives sur 7 ont une prévalence supérieure à la moyenne nationale. Il s'agit de la région du RA3 (26,6 %), des RA4 (27 %), du RA6 (29,8 %) et du RA5 (35,4 %). La région sanitaire n° 5 est la plus touchée par les maladies diarrhéiques (29,8 %) par rapport aux autres. Les différences régionales de la prévalence des maladies diarrhéiques chez les enfants semblent être liées à la faible couverture en eau potable, à l'insuffisance de la latrinitation et les mauvaises pratiques de l'hygiène (cf. chapitre sur eau et assainissement).

L'analyse des données selon l'âge des enfants fait ressortir que les maladies diarrhéiques sont plus fréquentes dans les tranches d'âges de 6 à 11 mois (35,1 %) et de 12 à 23 mois (33,6 %). La prévalence est un peu plus faible parmi les enfants issus des mères ayant le niveau secondaire ou plus (20,8 %) par rapport aux enfants dont leurs mères n'ont aucun niveau d'instruction (26,6 %).

Tableau 7.4 : Prévalence des maladies diarrhéiques chez les enfants de moins de 5 ans selon les régions, les caractéristiques des enfants et de leurs mères, RCA, MICS2000.

Caractéristiques	Pourcentage (%) des enfants de moins de 5 ans ayant souffert de la diarrhée	Prévalence de la diarrhée à MICS 1996	Effectifs des enfants de moins de 5 ans
Région Administrative			
RA 1	24,1	-	2416
RA 2	24,2	-	2736
RA 3	26,6	-	2641
RA 4	27,0	-	1916
RA 5	35,4	-	569
RA 6	29,8	-	1798
Bangui	21,2	-	2191
Région Sanitaire			
RS N° 1	25,2	21,9	3284
RS N° 2	24,2	22,7	2736
RS N° 3	26,6	28,3	2641
RS N° 4	29,4	25,2	1617
RS N° 5	29,8	32,7	1798
Bangui	21,2	28,2	2191
Age des enfants			
< 6mois	21,8	-	1817
6-11 mois	35,1	-	1561
12-23 mois	33,6	-	2932
24-35 mois	27,7	-	2866
36-47 mois	19,0	-	2823
48-59 mois	18,0	-	2252
Niveau d'instruction			
Aucun	26,6	-	8179
Primaires	26,3	-	4157
Secondaire et +	20,8	-	1896
Ensemble RCA	25,7	-	14267



Sangha-Mbaéré (76,3 %), la Lobaye (72,6 %) et particulièrement dans la capitale Bangui (99,7 %). Les faibles taux d'accessibilité à une formation sanitaire dans un rayon de 5 kms par rapport à la moyenne nationale sont observés dans les préfectures de Basse-Kotto (47,8 %), Vakaga (48,6 %) et Ouham-Pendé (50,5 %).

Tableau 7.31 : Proportion de la population ayant accès aux formations sanitaires selon la distance par préfecture et milieu de résidence, RCA, MICS2000.

Préfecture et milieu de résidence	Accessibilité aux formations sanitaires en %				Total
	< 5km	5 - 9 Km	10-14 Km	15 Km et +	
Préfecture					
Ombella -M'poko	76,4	9,5	6,0	8,1	100,0
Kémo	71,9	17,1	1,8	9,2	100,0
Nana-Gribizi	57,9	20,1	7,7	14,3	100,0
Lobaye	72,6	23,0	2,5	1,9	100,0
Mambéré-Kadéi	56,3	8,6	9,9	25,1	100,0
Sangha-Mbaéré	76,3	11,6	4,4	7,8	100,0
Nana-Mambéré	59,8	22,5	6,5	11,2	100,0
Ouham	51,9	22,8	8,9	16,4	100,0
Ouham-Pendé	50,5	16,8	11,3	21,4	100,0
Ouaka	51,8	13,7	6,8	27,7	100,0
Bamingui-Bangoran	84,2	5,3	3,8	6,8	100,0
Haute-Kotto	63,1	12,0	6,6	18,3	100,0
Vakaga	48,6	15,5	9,9	26,1	100,0
Mbomou	58,8	21,7	6,7	12,8	100,0
Basse-Kotto	47,8	24,7	12,4	15,1	100,0
Haut-Mbomou	85,7	13,0	1,3	0,4	100,0
Bangui	99,7	0,2		0,1	100,0
Milieu de résidence					
Urbain	98,1	1,2	0,2	0,5	100,0
Rural	46,9	21,9	10,2	21,0	100,0
Ensemble RCA	65,2	14,5	6,7	13,7	100,0

7.6.2 Accessibilité aux formations sanitaires par région

Deux régions administratives (Bangui avec 99,7% et RA 1 avec 74,9%) ont un taux d'accessibilité de la population aux formations sanitaires (moins de 5 Km) au-dessus de la moyenne nationale (65,2%). Par contre, les taux sont faibles dans la RA3 (51,1 %) et la RA6 (56,5 %). Un pourcentage important de la population de la RA3 (10,2 %) a accès aux formations sanitaires dans un rayon de 10-14 kms.

Concernant les Régions Sanitaires, l'accessibilité aux formations sanitaires dans un rayon de 5 km est faible dans les RS3 (51,1 %), RS4 (56,3 %) et RS5 (56,5 %) par rapport à la moyenne nationale de 65,2 %.

Tableau 7.32 : Proportion de la population ayant accès aux formations sanitaires au niveau national, selon les milieux et les préfectures et selon les distances, RCA, MICS2000.

Caractéristiques	Accessibilité aux formations sanitaires en %				Total
	< 5km	5 - 9 Km	10-14 Km	15 Km et +	
RA 1	74,9	15,5	4,6	5,6	100,0
RA 2	59,7	13,3	8,2	18,8	100,0
RA 3	51,1	19,4	10,2	19,2	100,0
RA 4	57,7	15,9	5,8	20,5	100,0
RA 5	64,5	11,1	6,8	17,6	100,0
RA 6	56,5	22,2	8,9	17,6	100,0
Bangui	99,7	0,2	-	0,1	100,0
RS 1	72,0	16,1	4,7	7,3	100,0
RS 2	59,7	13,3	8,2	18,8	100,0
RS 3	51,1	19,4	10,2	19,2	100,0
RS 4	56,3	12,9	6,8	24,0	100,0
RS 5	56,5	22,2	8,9	12,5	100,0
Bangui	99,7	0,2		0,1	100,0
Ensemble RCA	65,2	14,5	6,7	13,7	100,0

CONCLUSION

Des objectifs en matière de survie de l'enfant et de la femme ont été définis pour la décennie 1990-2000, par les Chefs d'Etat et de Gouvernement des pays membres des Nations Unies lors du sommet mondial pour les enfants tenu à New York en 1990. Ces objectifs ont été complétés lors du sommet sur le développement social tenu à Copenhague en 1995.

Les engagements au niveau mondial ont été adoptés au niveau de chaque Etat en l'exemple de la RCA. En faisant de la santé, sa priorité, le gouvernement centrafricain s'est donc résolument engagé à atteindre les objectifs fixés par le Sommet Mondial pour les Enfants de 1990.

Les résultats de l'enquête MICS attestent que des progrès ont été accomplis dans le domaine de soins de santé primaires/Initiative de Bamako : l'accessibilité aux formations sanitaires à moins de 5 km s'est améliorée entre 1995 (45 %) et l'an 2000 (62,5 %) ; les médicaments essentiels deviennent de plus en plus accessibles à la population ; les pharmacies communautaires constituent désormais les premières sources d'approvisionnement des ménages en médicaments ; les connaissances, attitudes et pratiques des mères concernant la prise en charge intégrée à domicile des maladies de l'enfance sont sur la bonne voie en dépit de l'absence d'une politique opérationnelle en la matière.

Cependant, beaucoup d'efforts restent à faire. En effet, les différents programmes en faveur de la survie de la mère et de l'enfant (PEV et SMI) qui ont connu un essor à la fin des années 1980 et début des années 1990, accusent une faible performance ; la couverture vaccinale est dangereusement en régression. Cette situation a comme corollaire l'augmentation des taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans et celle de la mortalité maternelle. Les troubles socio-politiques et les difficultés économiques et financières qu'a connues le pays au cours de la décennie 1990 ont contribué à l'effondrement des indicateurs de santé de l'enfant malgré la bonne volonté des partenaires à accompagner le gouvernement dans ses efforts.

Ce contexte doit amener le gouvernement à redoubler d'efforts en vue de renverser les tendances négatives observées au cours de la décennie passée. Les mesures énergiques au nombre duquel la décentralisation de la prise de décision et de la gestion, le partenariat entre les différents acteurs de santé, la bonne gouvernance devront être prises pour améliorer la performance des programmes de santé en faveur de la mère et de l'enfant.

CHAPITRE 8 : LE VIH/SIDA

L'ONUSIDA estime à 36 millions, le nombre des personnes infectées par le VIH/SIDA dans le monde en l'an 2000 dont 70 % se trouvent en Afrique et particulièrement en Afrique Centrale et Orientale. Pour la République Centrafricaine, ce taux est de 14 % selon les données de routine du Ministère de la Santé.

Au cours de l'enquête MICS 2000, les connaissances, les perceptions, les attitudes et certaines pratiques des femmes âgées de 15 à 49 ans ont été mesurées.

8.1 CONNAISSANCE DU VIH/ SIDA

L'une des principales stratégies pour réduire le taux de prévalence du VIH/SIDA est la promotion d'une connaissance élevée du mode de transmission de l'infection du VIH et des moyens de prévention contre cette transmission de l'infection à VIH. La bonne connaissance est appréciée à travers la connaissance des trois moyens de prévention suivants : «avoir un seul partenaire sexuel non infecté qui n'a aucun autre partenaire», «utiliser correctement un condom pour chaque rapport sexuel ou s'abstenir» ainsi que l'identification correcte des 3 perceptions erronées (moyens surnaturels, piqûres des moustiques, une personne apparemment en bonne santé ne peut être infectée par le VIH).

La combinaison de la proportion des femmes qui ont bien identifié les moyens de se protéger contre le VIH/SIDA et aussi celles qui ont su distinguer les 3 perceptions erronées sur la transmission du virus, donne la proportion des femmes qui ont une bonne connaissance du VIH/SIDA.

Sur 16976 femmes enquêtées, 66,4 % ont déclaré avoir entendu parler du VIH/SIDA. Cette proportion est sensiblement la même que celle observée en 1995 à l'Enquête Démographique et Santé (EDS) à savoir 66 %. Les résultats de l'enquête révèlent que seulement 16 % des femmes connaissent les trois moyens de transmission du VIH/SIDA et 11,9 % identifient correctement les trois perceptions erronées. Cependant, à peine 3,9 % des femmes ont une bonne connaissance du mode de transmission du VIH/SIDA bien qu'elles soient relativement nombreuses à entendre parler du SIDA.

La connaissance du mode de transmission et des moyens de prévention est trois fois plus faible en milieu rural par rapport au milieu urbain. Un très faible pourcentage des femmes en milieu rural ont une bonne connaissance sur le VIH/SIDA par rapport aux femmes du milieu urbain (7,4 %).

8.1.1 Connaissance du VIH/SIDA selon les préfectures

Les préfectures de l'Ombella-Mpoko, de la Nana-Grébizi, de la Lobaye, de la Sangha-Mbaéré, de la Haute-Kotto et de Bangui se distinguent par des proportions plus élevées des femmes qui ont entendu parler du VIH/SIDA par rapport à la moyenne nationale (66,4 %).

Ainsi, seulement 8,7 % des femmes en milieu rural ont une bonne connaissance des 3 moyens pour éviter la transmission du VIH/SIDA contre 25,6 % en milieu urbain. Aussi, à

peine 6,8 % des femmes du milieu rural savent identifier correctement les 3 perceptions erronées sur la transmission contre 18,7 % en milieu urbain.

D'après le tableau 8.1, le pourcentage des femmes qui ont une bonne connaissance du VIH/SIDA ne dépasse 10 % que dans la capitale Bangui (14,4 %). Le pourcentage de femmes ayant une bonne connaissance du VIH/SIDA est très préoccupant dans l'Ombella-Mpoko (0 %), la Kémo (0,2 %), l'Ouham (0,2 %), la Haute-Kotto (0,5 %), la Vakaga (0,7 %).

Le pourcentage des femmes qui connaissent les 3 moyens de prévention de la transmission du VIH/SIDA est très bas, soit en dessous de 10 % dans les préfectures de l'Ombella-Mpoko (0,1 %) de la Kémo (0,8 %), de l'Ouham (1 %), de la Vakaga (2,1 %) de la Basse-Kotto (3,5 %) et Nana-Mambéré (8,2 %).

Tableau 8.1: Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui ont une bonne connaissance de la transmission du VIH/SIDA par préfecture et milieu de résidence, RCA, MICS 2000.

Préfecture et milieu de résidence	Pourcentage de femmes ayant entendu parler du SIDA	Pourcentage de femmes connaissant 3 moyens pour éviter la transmission du VIH/SIDA	Pourcentage de femmes pouvant identifier correctement 3 perceptions erronées sur la transmission du VIH	Pourcentage de femmes ayant une bonne connaissance du VIH/SIDA	Effectif de femmes
Préfecture					
Ombella-M'poko	76,6	0,1	14,9	0,0	1623
Kémo	60,4	0,8	7,6	0,2	503
Nana-Grébizi	68,7	23,2	14,8	6,2	509
Lobaye	71,4	12,9	9,2	2,3	1084
Mambéré-Kadéï	64,1	17,2	5,2	1,2	1898
Sangha-Mbaéré	71,3	14,9	9,4	3,6	423
Nana-Mambéré	48,7	8,2	8,2	0,8	816
Ouham	51,6	1,0	6,4	0,2	1233
Ouham-Pendé	54,1	11,2	4,6	1,5	1726
Ouaka	58,4	12,2	10,7	2,4	1145
Bamingui-Bangoran	56,7	10,0	7,2	4,0	156
Haute-Kotto	74,3	9,3	7,1	0,5	323
Vakaga	41,7	2,1	2,6	0,7	208
Mbomou	63,3	15,2	8,0	1,6	806
Basse-Kotto	57,8	3,5	10,3	0,8	1030
Haut-Mbomou	53,0	13,0	10,6	5,5	264
Bangui	86,1	43,7	26,2	14,4	3229
Milieu de résidence					
Urbain	78,5	25,6	18,7	7,4	7378
Rural	57,1	8,7	6,8	1,3	9598
Ensemble RCA	66,4	16,0	11,9	3,9	16976

8.1.2 Connaissance du VIH/SIDA selon les Régions

L'information sur le VIH/SIDA est faiblement répandue parmi les femmes de la Région Administrative n°3 (53 % ont entendu parler du SIDA) et la RA6 (59,6 %). Sur l'ensemble des 7 Régions Administratives que compte le pays, seules les femmes de Bangui (14,4 %) ont une bonne connaissance du VIH/SIDA suivies de celles de la Région Administrative 4 avec 2,8 %. Les autres Régions Sanitaires enregistrent de proportions inférieures à 2 %.

Caractéristiques	% femmes ayant entendu parler du VIH/SIDA	% femmes connaissant 3 moyens pour éviter la transmission du VIH/SIDA	% femmes pouvant correctement identifier 3 perceptions erronées sur la transmission du VIH/SIDA	% femmes ayant une bonne connaissance du SIDA	Effectif des femmes
Ngbaka-Bantou	76,4	18,9	13,8	4,3	1275
Yakoma-Sango	78,0	27,7	18,3	7,0	1075
Zandé-N'zakara	65,9	17,8	13,3	6,0	669
Autre	63,7	18,8	12,2	4,4	428
Religion de la femme					
Catholique	69,3	18,9	12,6	5,2	5481
Protestante	66,3	15,2	12,0	3,5	9270
Musulmane	59,7	12,2	9,8	2,4	1949
Animiste	51,8	12,6	6,4	2,9	65
Autre	60,7	13,9	11,5	4,2	176
Ensemble RCA	66,4	16,0	11,9	3,9	16976

La proportion de femmes qui pratiquent la religion catholique (5,2 %) est de loin supérieure aux femmes des autres religions à avoir une bonne connaissance du VIH/SIDA : sur 100 femmes catholiques, 69,3 % d'entre elles ont entendu parler du SIDA. Celles qui identifient les 3 moyens de transmission représentent 18,9 % et, 12,6 % pour celles qui ont su identifier les 3 perceptions erronées.

Les femmes catholiques (69,3 %), suivies des protestantes (66,3 %) sont celles qui ont le plus entendu parler du SIDA ; parmi elles, 15,2 % connaissent les 3 moyens de transmission et 12 % identifient bien les 3 perceptions erronées. En outre, 3,5 % des protestantes ont une parfaite connaissance du VIH/SIDA.

Les musulmanes et les animistes n'ont que des connaissances éphémères sur la pandémie du SIDA. En effet, les musulmanes (2,4 %) et les animistes (2,9 %) ont enregistré des proportions en dessous de la moyenne nationale (3,9 %) concernant la bonne connaissance du VIH/SIDA. Sur 59,7 % des musulmanes à avoir entendu parler du SIDA, 12,2 % connaissent les 3 moyens pour éviter le VIH/SIDA et 9,8 % peuvent identifier correctement les 3 perceptions erronées de transmission. Sur 100 animistes, 52 ont entendu parler du SIDA et parmi elles, 12,6 % connaissent les 3 moyens de protection et 6,4 % identifient correctement les 3 perceptions erronées.

8.2 PERCEPTIONS ERRONEES DU VIH/SIDA

8.2.1 Perceptions erronées du VIH/SIDA au niveau national et préfectoral

Au niveau national, 21,1 % de femmes ont dit que les moustiques constituent des voies de transmission du VIH/SIDA. Les femmes du milieu urbain sont relativement plus nombreuses à avoir une perception erronée sur les piqûres des moustiques comme mode de transmission du VIH/SIDA par rapport aux femmes du milieu rural : en milieu urbain 30,9 % de femmes affirment que la transmission du VIH/SIDA se fait par les piqûres des moustiques alors qu'en milieu rural seulement 13,6 % ont cette perception erronée.

Par ailleurs, les femmes résidant en milieu urbain (63,3 %) sont relativement plus nombreuses à penser qu'une personne apparemment en bonne santé peut être infectée du SIDA par rapport à celles du milieu rural (33,3 %).

Cette perception est très différente d'une préfecture à une autre. A Bangui par exemple, 41,7 % des femmes disent que les piqûres des moustiques servent de vecteurs de transmission du virus SIDA. Ce niveau varie de 5,8 % (Vakaga) à 26,8 % (Ombella-Mpoko).

Au niveau national, 26,4 % des femmes affirment de façon erronée que le SIDA se transmet par les moyens surnaturels (sorcellerie, magie, envoûtement...). A Bangui, cette

L'analyse selon les Régions Administratives prouve que les femmes qui résident dans la RA1 obtiennent des proportions élevées et affirment que le tatouage (54,5 %), la transfusion sanguine (54,5 %) ou la scarification (54,1 %) sont des canaux qui véhiculent le virus du SIDA. Les proportions des femmes des autres Régions Administratives demeurent relativement faibles : dans la RA3 ces proportions sont respectivement de 34,5% pour le tatouage, 33,6 % pour la scarification et 33,5 % pour la transfusion sanguine.

Les résultats de l'enquête MICS 2000, révèlent que seule dans la Région Sanitaire 1, une proportion élevée de femmes (plus de 50 %) a été enregistrée concernant la connaissance des trois canaux de transmission du SIDA qui sont le tatouage (53,8 %), la transfusion sanguine (53,7 %) ou la scarification (53,4 %). Les autres Régions Sanitaires n'enregistrent que des proportions en dessous de la moyenne nationale. Les résultats montrent que la perception des femmes sur les trois autres canaux qui favorisent la transmission est faible dans la Région Sanitaire 3 : le tatouage vient en tête avec 34,4 % suivi de la scarification 33,6 % et de la transfusion sanguine 33,5 %.

Tableau 8.11: Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui ont déclaré certains canaux de transmission du VIH/SIDA selon certaines caractéristiques par région, RCA, MICS2000.

Régions	Scarification	Transfusion sanguine	Tatouage	Effectif des femmes
Région administrative				
RA1	54,1	54,5	54,5	2706
RA2	37,6	38,5	39,8	3137
RA3	33,6	33,5	34,4	2959
RA4	46,3	47,1	47,3	2158
RA5	35,3	37,2	37,3	687
RA6	38,1	39,7	39,8	2100
Bangui	81,8	80,9	81,3	3229
Région sanitaire				
RS1	53,4	53,7	53,8	3719
RS2	37,6	38,5	39,8	3137
RS3	33,6	33,5	34,4	2959
RS4	39,2	40,9	40,8	1832
RS5	38,1	39,7	39,8	2100
Bangui	81,8	80,9	81,3	3229
Ensemble RCA	49,0	49,4	50,0	16976

Le statut matrimonial des femmes influence en partie leur perception face aux autres canaux de transmission du VIH/SIDA. Les résultats de l'enquête attestent paradoxalement que les femmes en union sont relativement moins nombreuses à connaître les autres canaux qui favorisent la transmission du virus du SIDA à savoir le tatouage (47,7 %), la transfusion sanguine (47,0 %) ou la scarification (46,6 %). Par contre, les femmes qui ne sont pas en union ou celles qui sont séparées ont une connaissance assez élevée car elles sont relativement nombreuses à affirmer par ailleurs que le tatouage (61,9 %), la transfusion sanguine (61,6 %) ou la scarification (60,9 %) sont autant des canaux par lesquels quelqu'un peut attraper le VIH/SIDA. S'agissant des femmes divorcées, leur proportion se situe entre 60,9 % à 61,9 % pour les trois canaux. La proportion des célibataires avoisine 51 %.

Selon les groupes ethniques (10), les femmes Mandja (62,5 %), Banda (50,6 %), Ngbaka-Bantou (58,2 %), Yakoma/Sango (66,9 %) ou Zandé/Nzakara (51,7 %) savent que le tatouage constitue un canal de transmission du virus de SIDA. Ces proportions demeurent presque identiques pour la transfusion sanguine ou la scarification : 61,5 % des femmes Mandja et 66,9 % des femmes Yakoma /Sango déclarent qu'une personne transfusée avec du sang infecté court le risque de contracter le virus. Par contre, la pratique de la scarification avec les mêmes instruments expose le patient à la maladie ; cet aspect est évoqué par 57,5 % des femmes Ngbaka Bantou contre 52,0 % des Zandé/Nzakara et 62 % des Mandja.

femmes qui en sont informées, seulement 16 % connaissent les trois moyens pour éviter la transmission du VIH/SIDA à savoir être fidèle à un seul partenaire non infecté, utiliser les condoms et pratiquer l'abstinence. A peine 3,5 % des femmes ont une connaissance adéquate sur le VIH/SIDA et 88 % ont des perceptions erronées sur la transmission du VIH/SIDA.

D'autre part, 35 % des femmes ont affirmé que les enfants conçus des mères infectées courent des risques de contamination durant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement.

Avec un taux de prévalence de 14 % en RCA, la pandémie du SIDA n'est plus un problème de santé publique, mais plutôt un problème de développement de tout le pays. Cette mauvaise connaissance du VIH/SIDA particulièrement parmi les adolescentes de 15-19 ans et parmi les femmes du milieu rural est préoccupante et constitue un handicap pour la lutte contre le VIH/SIDA. De même les attitudes discriminatoires à l'égard des personnes actives infectées peut constituer un obstacle à la prise en charge communautaire efficace des personnes infectées.

y compris l'anémie et les MST. Les soins prénatals offrent l'opportunité aux femmes d'apprendre les signes de danger liés à la grossesse et l'accouchement, d'être vaccinées contre le tétanos néo-natal, d'apprendre les soins infantiles et d'être traitées pour certaines conditions telles que le paludisme ou l'anémie.

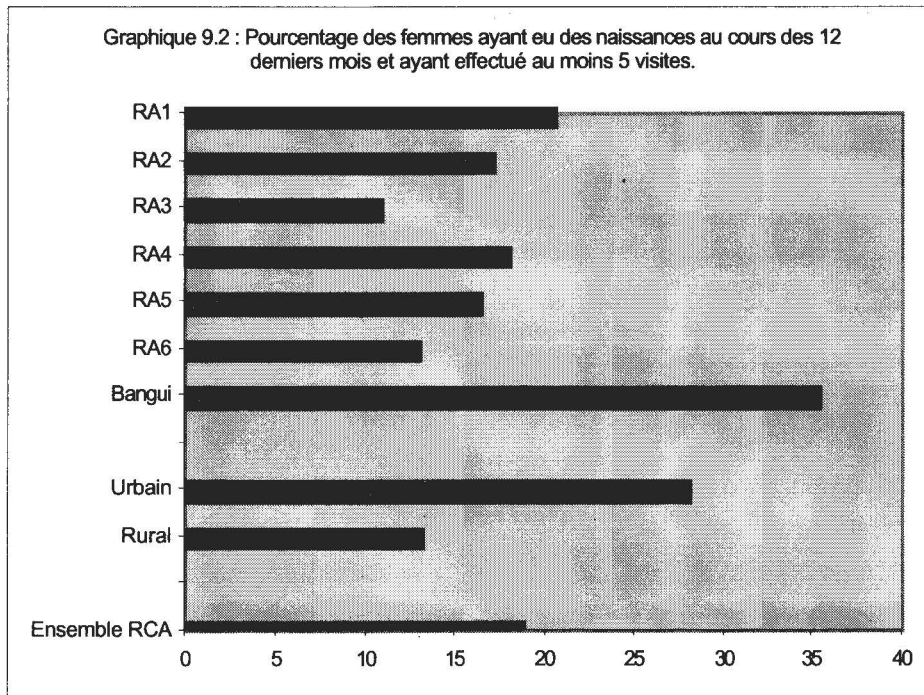
9.2.1. Soins prénatals selon le type

Les soins prénatals auprès d'un personnel qualifié donnent l'opportunité de détecter à temps les problèmes liés à la grossesse et l'accouchement et d'y apporter les soins appropriés au moment opportun. La fréquence de visite prénatale permet ainsi de mieux suivre l'évolution du futur bébé qui est dans le sein de sa mère et de prévenir les éventuelles complications pendant l'accouchement. Toutes les femmes enceintes selon la politique en vigueur en RCA et conformément aux normes fixées par l'Organisation Mondiale de la Santé doivent effectuer au moins quatre (4) Consultations Périnatales (CPN).

Les résultats contenus dans le tableau 9.11 montrent que sur le plan national 69,1 % des femmes enceintes ont effectué au moins une visite prénatale. Si l'on se réfère aux normes fixées, seulement 34 % des femmes enceintes ont été au moins 4 fois en Consultations Périnatales (CPN). Ces proportions sont respectivement de 15,15 % pour 4 visites Périnatales et 18,83 % pour 5 visites et plus (graphique 4). Cependant, il est à noter que le niveau de cet indicateur sur le plan national est en régression par rapport à celui de 1995 (39,7 % selon l'EDS 1994/95). En ce qui concerne les consultations périnatales selon le milieu de résidence, 50,8 % des femmes enceintes du milieu urbain réalisent au moins 4 visites périnatales contre 23,8 % pour celles du milieu rural. La facilité d'accès aux nombreux services de Santé Maternelle et Infantile expliquent la plus importante proportion des femmes enceintes de la capitale Bangui qui effectuent au moins 4 visites périnatales (59,4 %).

Cependant, il convient de signaler que 31 % des femmes enceintes au niveau national ont effectué aucune visite prénatale. Cette proportion est plus élevée en milieu rural (42 %) qu'en milieu urbain (12,1 %).

L'analyse des visites périnatales selon les préfectures, montre qu'en dehors des préfectures de la Sangha M'Baéré (52 %) et de la Nana-Mambéré (51,86 %) où un peu plus de la moitié des femmes enceintes ont été au moins 4 fois en consultation périnatales, les proportions des femmes enceintes du reste des préfectures qui ont effectué au moins 4 CPN demeurent faibles et oscillent entre 10,2 % à Vakaga à 42,1 % dans la Lobaye. Par ailleurs, il convient de mentionner que des proportions importantes des femmes enceintes n'ont jamais effectué une visite prénatale dans les préfectures de Vakaga (79,2 %), de Basse-Kotto (56 %), de Bamingui-Bangoran (53,3 %) et de l'Ouham (47,3 %).



9.2.2. Soins prénatals selon le type de l'assistance

D'une manière générale, l'assistance aux femmes enceintes lors des soins prénatals est faite dans la majorité des cas au niveau national par le personnel de santé (62 %). Le personnel paramédical (Sages-femmes, assistances accoucheuses et infirmiers) sont beaucoup plus consultés que les médecins (59,7% contre 2,3%); cette situation s'explique par le fait que, d'une part, l'effectif des médecins demeure faible, et que, d'autre part, le personnel paramédical est le plus souvent le premier à être consulté par les femmes enceintes qui sont orientées par ce dernier aux médecins qu'en cas des problèmes majeurs de santé. Cependant, il est à signaler que l'assistance du personnel de santé aux femmes enceintes est en diminution comparativement à 1995 (66,9 % d'après l'EDS 1994/95).

Il existe un déséquilibre pour ce qui est de l'assistance du personnel de santé aux femmes enceintes entre le milieu urbain (86,6%) et le milieu rural (47,1%). L'assistance des accoucheuses traditionnelles aux femmes enceintes lors des soins prénatals demeure et reste importante en milieu rural par rapport au milieu urbain (8,3% contre 1,7%). Il convient de signaler que 24,6 % des femmes n'ont bénéficié d'aucune assistance au cours de leur grossesse.

L'assistance aux femmes enceintes varie selon les préfectures : les faibles pourcentages sont observés dans les préfectures de Vakaga (19,7 %), Ouham (37,8 %) et Basse-Kotto (38,9 %). La Nana-Grébizi (73,4 %) , la Sangha-Mbaéré (70,2 %), le Haut-Mbomou (77,1 %) et la capitale Bangui (91,6 %) enregistrent les taux les plus élevés d'assistance par un personnel santé lors de soins prénatals.

Tableau 9.16 : Pourcentage de femmes ayant donné de naissance durant les 12 derniers mois qui ont reçu avant les 3 derniers mois précédant leur accouchement de la chloroquine et/ou du Fer selon les régions et le niveau d'instruction des femmes, RCA, MICS2000.

Régions	Soins préventifs						Effectif
	Cure de chloroquine			Supplémentation en fer			
	Oui	Non	Total	Oui	Non	Total	
Région administrative							
RA 1	69,0	31,0	100,0	53,0	47,0	100,0	637
RA 2	74,9	25,1	100,0	64,9	35,1	100,0	678
RA 3	60,4	39,6	100,0	43,3	56,7	100,0	660
RA 4	69,3	30,7	100,0	51,3	48,7	100,0	503
RA 6	54,6	45,4	100,0	39,5	60,5	100,0	154
RA 6	60,1	39,9	100,0	46,8	53,2	100,0	461
Bangui	79,1	20,9	100,0	71,7	28,3	100,0	516
Région sanitaire							
RS N° 1	69,4	30,6	100,0	51,7	48,3	100,0	852
RS N° 2	74,9	25,1	100,0	64,9	35,1	100,0	678
RS N° 3	60,4	39,6	100,0	43,3	56,7	100,0	660
RS N° 4	69,3	30,7	100,0	48,9	51,1	100,0	441
RS N° 5	54,6	45,4	100,0	46,8	53,2	100,0	461
Bangui	79,1	20,9	100,0	71,7	28,3	100,0	516
Niveau d'instruction							
Aucun	60,1	39,9	100,0	44,2	55,8	100,0	2024
Primaires	76,6	23,4	100,0	64,3	35,7	100,0	1131
Secondaire et +	84,6	15,4	100,0	77,2	22,8	100,0	444
Ensemble RCA	68,3	31,7	100,0	54,5	45,5	100,0	3609

9.2.4. Vaccination Anti-Tétanique (VAT)

La République Centrafricaine a souscrit à la résolution qui vise l'élimination du tétanos néonatal, l'une des causes de décès du nouveau-né dans les pays en voie de développement. La vaccination de la femme enceinte conformément à la politique nationale du Programme Elargi de Vaccination permet de prévenir cette maladie. Cette vaccination antitétanique est administrée dans les unités de santé maternelle et infantile lors des consultations prénatales ou par les agents de santé qui réalisent la stratégie avancée du PEV. Afin d'évaluer le niveau de couverture VAT des femmes enceintes, l'enquête a porté sur les mères d'enfants âgés de 0 à 11 mois. Le statut vaccinal a été pris en compte au vu du carnet de vaccination ou tout autre document ainsi que les déclarations des mères.

Les résultats contenus dans le 9.17 révèlent qu'au niveau national 61,3 % des femmes enceintes sont protégées contre le tétanos ainsi que leurs nouveau-nés. Cette proportion des femmes enceintes qui ont une protection contre le tétanos est en régression par rapport à 1996 où le taux de couverture d'au moins 2 doses de VAT était de 76 %. L'analyse de couverture selon le milieu de résidence atteste une disparité entre le milieu urbain (79,1 %) et le milieu rural (50,6 %).

Au niveau des préfectures, en dehors de la Vakaga (20,2 %), de la Basse-Kotto (36 %), de l'Ouham (44,3 %) de l'Ouham-Pendé (47,9 %) et de la Bamingui-Bangoran (47,5 %) qui ont une faible couverture vaccinale en VAT, les 11 autres préfectures présentent une couverture vaccinale satisfaisante variant entre 53,8 % dans la Kémo à 85,3 % dans la Nana-Grébizi. Il convient de signaler que le niveau de la couverture vaccinale obtenu dans la Nana-Grébizi est semblable à celui réalisé dans la capitale Bangui (tableau 9.17).

Tableau 9.17 : Pourcentage de femmes ayant eu une naissance survenue au cours des 12 derniers mois qui sont immunisées contre le tétanos selon les préfectures et les milieux de résidence, RCA, MICS2000.

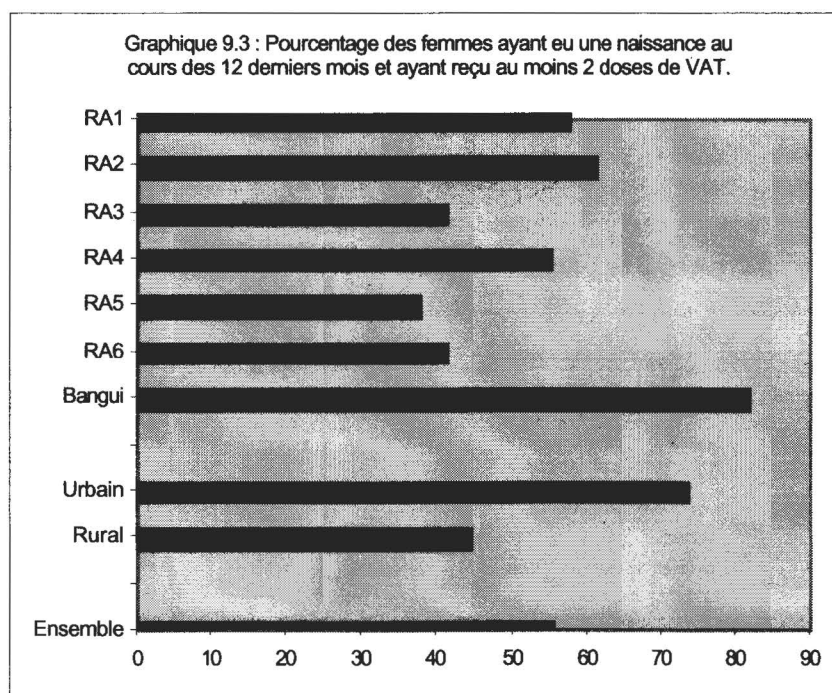
Préfecture et milieu de résidence	Nombre de doses de VAT selon les périodes			Pourcentage des femmes protégées contre le tétanos	Effectif des mères
	Au moins 2 doses VAT pendant les 3 dernières années	Au moins 3 doses VAT au cours des 10 dernières années	Au moins 5 doses VAT durant leur vie féconde		
Préfecture					
Ombella-M'poko	55,8	5,7	0,3	61,8	386
Kémo	45,4	7,1	1,3	53,8	105
Nana-Gribizi	82,0	3,3	0,0	85,3	110
Lobaye	60,4	4,9	0,7	65,9	251
Mambéré-Kadéi	58,9	4,4	0,0	63,3	414
Sangha-Mbaéré	72,0	3,1	0,0	75,1	101
Nana-Mambéré	60,3	4,6	0,9	65,8	162
Ouham	41,8	1,9	0,7	44,3	269
Ouham-Pendé	41,1	6,1	0,6	47,9	392
Ouaka	48,6	12,2	1,7	62,5	288
Bamingui-Bangoran	42,1	5,5	0,0	47,5	36
Haute-Kotto	50,6	5,4	0,4	56,4	67
Vakaga	17,0	3,1	0,0	20,2	50
Mbomou	50,7	8,5	0,0	59,2	166
Basse-Kotto	29,5	6,6	0,0	36,0	245
Haut-Mbomou	67,7	1,7	0,7	70,1	50
Bangui	81,7	3,3	0,3	85,3	516
Milieu de résidence					
Urbain	73,7	4,5	0,8	79,1	1358
Rural	44,5	5,9	0,3	50,6	2251
Ensemble RCA	55,5	5,4	0,5	61,3	3609

S'agissant des Régions administratives, le tableau 9.18 indique que moins de la moitié des femmes enceintes des 3 régions suivantes sont protégées contre le tétanos et exposent leurs nouveau-nés au tétanos néonatal. Il s'agit de RA6, RA3 et de Bangui avec respectivement 42,5 %, 46,4 % et 48 % de couverture vaccinale. Quant aux autres régions sanitaires, la couverture vaccinale VAT (au moins 2 doses) n'est pas satisfaisante dans les régions sanitaires n°3 (46,4 %) et n°5 (48 %).

Le pourcentage des femmes enceintes protégées contre le tétanos néo-natal augmente avec leur niveau d'instruction : 86,6 % des mères du niveau secondaire et plus sont protégées contre le tétanos et font protéger leurs bébés contre le tétanos néonatal, 72, 6 % pour celles du primaire, et seulement 49,5 % pour les femmes enceintes ayant aucun niveau d'instruction.

Tableau 9.18 : Pourcentage de femmes ayant eu une naissance survenue au cours des 12 derniers mois qui sont immunisées contre le tétanos selon les régions et selon le niveau d'instruction des mères, RCA, MICS2000.

Caractéristiques	Nombre de doses de VAT selon les périodes			Pourcentage des femmes protégées contre le tétanos	Effectifs des mères
	Au moins 2 doses VAT pendant les 3 dernières années	Au moins 3 doses VAT au cours des 10 dernières années	Au moins 5 doses VAT durant leur vie féconde		
Région Administrative					
RA 1	57,6	5,4	0,4	63,4	637
RA 2	61,2	4,3	0,2	65,7	678
RA 3	41,4	4,4	0,6	46,4	660
RA 4	55,2	9,1	1,3	65,6	503
RA 6	37,6	4,7	0,2	42,5	154
RA 6	41,2	6,7	0,1	48,0	461
Bangui	81,7	3,3	0,3	85,3	516
Région Sanitaire					
RS N° 1	59,2	5,3	0,5	65,0	852
RS N° 2	61,2	4,3	0,2	65,7	678
RS N° 3	41,4	4,4	0,6	46,4	660
RS N° 4	44,8	9,6	1,2	55,5	441
RS N° 5	41,2	6,7	0,1	48,0	461
Bangui	81,7	3,3	0,3	85,3	516
Niveau d'instruction					
Aucun	43,5	5,5	0,4	49,5	2024
Primaires	66,9	5,2	0,5	72,6	1131
Secondaire et +	80,9	5,1	0,6	86,6	444
Ensemble RCA	55,5	5,4	0,5	61,3	3609



9.3. ASSISTANCE A L'ACCOUCHEMENT

En République Centrafricaine, le taux de mortalité maternelle reste très élevé soit 948 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes (EDS 1994/95). La fourniture de l'assistance à l'accouchement par un personnel de santé qualifié peut substantiellement augmenter les chances de survie des mères et de leurs progénitures grâce à l'application de procédures techniques appropriées et l'établissement de diagnostics et traitements rapides et précis face aux complications. L'assistance habile (appropriée) à l'accouchement est définie comme étant une assistance fournie par un médecin, une infirmière/un infirmier ou sage-femme. L'accouchement dans une formation constitue une condition nécessaire à l'accomplissement d'un accouchement bien assisté par un personnel de santé.

9.3.1 Lieu de l'accouchement

Les résultats de l'enquête MICS 2000 indiquent que 52,4 % des femmes enceintes accouchent à domicile. Cela constitue un facteur négatif pour la survie des mères en cas de complications. A peine 42 % des accouchements ont lieu dans une formation sanitaire. Les difficultés d'accès aux formations sanitaires, la pauvreté des ménages (62 %) ou le manque d'information constituent l'un des facteurs du faible taux d'accouchement dans les formations sanitaires. En 1994/95, les accouchements à domicile ne représentaient que 49,4 % contre 52,4 % en l'an 2000. Bien que le taux d'accessibilité aux formations sanitaires ait augmenté de 45 % en 1994/95 à 65 % en l'an 2000, il apparaît paradoxalement que les femmes enceintes accouchent de moins en moins dans une formation sanitaire (49,8 % en 1994/95 contre 42 % en l'an 2000).

Les accouchements dans une formation sanitaire sont deux fois moins élevés en milieu rural (27,2 %) qu'en milieu urbain (66,6 %). L'éloignement des formations sanitaires et d'autres considérations économiques et socio-culturelles amènent les femmes du milieu rural à accoucher beaucoup plus à domicile (67,4 %) que dans les structures sanitaires.

D'après le tableau 9.19, les préfectures qui enregistrent les très faibles taux d'accouchement dans une formation sanitaire sont celles de la Vakaga (13,3 %), de l'Ouham (16,3 %), de la Basse-Kotto (20,7 %) soit deux à trois fois en dessous de la moyenne nationale de 42 %. Les accouchements dans une formation sanitaire sont relativement plus fréquents dans la capitale Bangui (74 %), le Haut-Mbomou (63 %), la Haute-Kotto (54,7 %), le Mbomou (53,2 %) et la Lobaye (52,2 %).

Tableau 9.19 : Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant accouché au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête selon le lieu de l'accouchement, par préfecture et milieu de résidence, RCA, MICS2000.

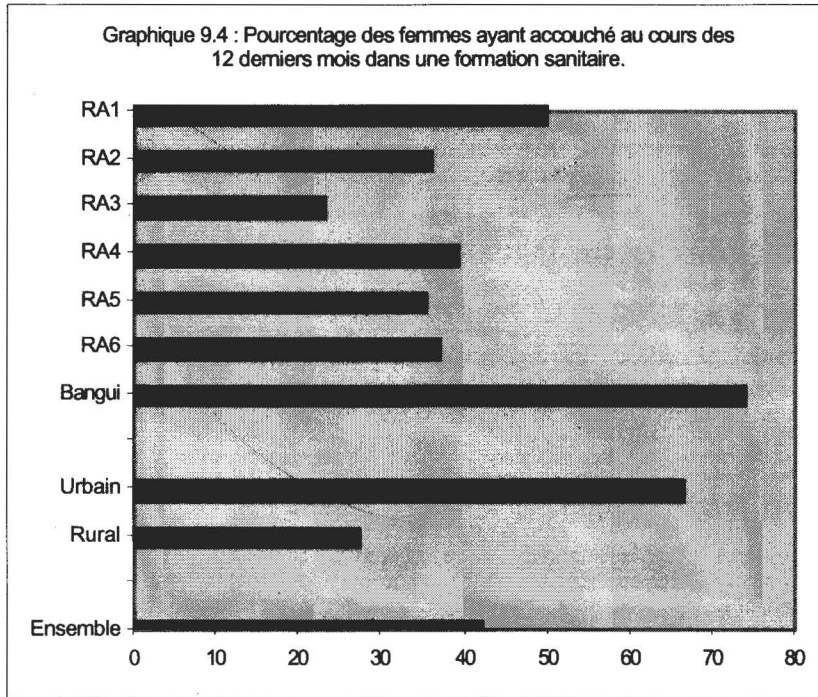
Préfecture et milieu de résidence	Lieu de l'accouchement					Effectif de femmes ayant accouché
	Dans une formation sanitaire	à domicile	Autre	ND	Total	
Préfecture						
Ombella-M'poko	48,2	46,4	2,3	3,0	100,0	386
Kémo	37,0	55,0	1,2	6,8	100,0	105
Nana-Grébizi	36,8	59,8	2,2	1,2	100,0	110
Lobaye	52,2	39,8	2,5	5,6	100,0	251
Mambéré-Kadéi	34,5	60,6	3,0	1,9	100,0	414
Sangha-Mbaéré	45,0	51,7	1,9	1,4	100,0	101
Nana-Mambéré	33,8	60,6	0,6	5,0	100,0	162
Ouham	16,3	77,3	2,9	3,5	100,0	269
Ouham-Pendé	27,6	66,6	0,7	5,1	100,0	392
Ouaka	41,0	52,7	0,6	5,6	100,0	288
Bamingui-Bangoran	30,2	63,0	0,6	6,1	100,0	36
Haute-Kotto	54,7	35,8	2,1	7,4	100,0	67
Vakaga	13,3	76,0	0,0	10,7	100,0	50
Mbomou	53,2	43,3	2,5	1,0	100,0	166
Basse-Kotto	20,7	73,9	0,5	4,9	100,0	245
Haut-Mbomou	63,0	28,2	3,6	5,3	100,0	50
Bangui	73,9	22,3	0,3	3,5	100,0	516
Milieu de résidence						
Urbain	66,6	27,7	2,2	3,5	100,0	1358
Rural	27,2	67,4	1,2	4,2	100,0	2251
Ensemble RCA	42,0	52,4	1,6	4,0	100,0	3609

Le taux d'accouchement dans une formation sanitaire varie selon les régions. Le pourcentage de femmes qui accouchent dans une formation sanitaire est très faible dans la RA3 (23 %). Elle est au dessus de la moyenne nationale dans la RA1 (49,8 %) et la région de Bangui (73,9 %). Ce constat est identique pour les régions sanitaires avec un très faible taux dans la RS3 (23 %).

Le taux d'accouchement dans une formation sanitaire augmente avec l'élévation du niveau d'instruction de la femme enceinte. Les femmes ayant atteint le niveau secondaire ou plus accouchent le plus dans une formation sanitaire (77,3 %) par rapport à celles qui n'ont aucun niveau d'instruction (29,8 %).

Tableau 9.20 : Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant accouché au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête selon le lieu de l'accouchement, par régions et niveau d'instruction de la femme, RCA, MICS2000.

Caractéristiques	Lieu de l'accouchement					Effectif de femmes ayant accouché
	Dans une formation sanitaire	A domicile	Autre	ND	Total	
Région Administrative						
RA 1	49,8	43,8	2,4	4,0	100,0	
RA 2	35,9	59,3	2,3	2,6	100,0	
RA 3	23,0	71,0	1,6	4,4	100,0	
RA 4	39,3	54,8	1,1	4,9	100,0	
RA 5	35,5	55,3	1,0	8,2	100,0	
RA 6	36,9	58,0	1,6	3,6	100,0	
Bangui	73,9	22,3	0,3	3,5	100,0	
Région Sanitaire						
RS 1	46,5	47,3	2,2	4,0	100,0	
RS 2	35,9	59,3	2,3	2,6	100,0	
RS 3	23,0	71,0	1,6	4,4	100,0	
RS 4	39,1	53,6	0,8	6,5	100,0	
RS 5	36,9	58,0	1,6	3,6	100,0	
Bangui	73,9	22,3	0,3	3,5	100,0	
Niveau d'instruction						
Aucun	29,8	65,6	0,8	3,8	100,0	
Primaire	50,2	42,2	3,3	4,4	100,0	
Secondaire ou plus	77,3	18,2	0,7	3,8	100,0	
Ensemble RCA	42,0	52,4	1,6	4,0	100,0	3609



9.3.2 Assistance à l'accouchement

La proportion des femmes enceintes qui accouchent avec l'assistance d'un personnel qualifié ou dans les infrastructures de soins est en diminution au niveau national (44 %) en l'an 2000 (MICS 2000) comparativement au niveau de 1995 qui était de 49,8 % (EDS 1994/95).

L'assistance d'un personnel qualifié à une femme enceinte au moment de l'accouchement (tableau 9.21) est liée à la disponibilité des agents de santé ou à la proximité des formations sanitaires, ce qui s'illustre par sa plus grande fréquence en milieu urbain (73,8 %) contre 26,6 % en milieu rural et, plus particulièrement dans la capitale Bangui (84,9 %).

Il est à noter que le rôle des accoucheuses traditionnelles dans l'assistance aux accouchements demeure encore important ; 22,3 % des accouchements au niveau national ont été pratiqués par les matrones contre 19,1 % en 1995 (EDS 1994/95). Cette assistance des accoucheuses traditionnelles reste essentielle en milieu rural (30,6 % des accouchements).

Enfin, bien qu'elle soit en régression comparativement à l'année 1995 (33,2 % selon l'EDS 1994/95), l'assistance des parents ou amis aux femmes enceintes lors de leurs accouchements est également non-négligeable (25,5 %). Cette situation comme la précédente pourrait s'expliquer par la faible couverture de l'Ensemble RCA en infrastructures sanitaires surtout en milieu rural.

L'analyse des liens entre l'utilisation des services de santé maternelle et infantile en terme du nombre de consultation prénatale et l'assistance aux accouchements par le personnel de santé au niveau national montre qu'à partir de 3 CPN, les femmes enceintes font recours à l'assistance du personnel qualifié dans l'ordre de 60 %.

Dans les préfectures, l'assistance du personnel de santé aux femmes enceintes au moment des accouchements reste insuffisante. A l'exception des préfectures du Haut-Mbomou (69 %), de l'Ombella-M'poko (53,2 %) et de la Haute-Kotto (52,1 %), moins de

45 % des accouchements ont été pratiqués par les agents de santé dont la plus faible proportion est observée dans la Vakaga avec 10,9 % (tableau 9.21).

Les femmes enceintes font trop de recours à l'assistance des accoucheuses traditionnelles et des parents ou amis au moment de leurs accouchements dans la préfecture de la Vakaga (78,1 %). Cette situation est d'autant plus inquiétante que les personnes qui pratiquent ce type d'assistance ne sont pas formées pour cette intervention surtout en cas d'accouchement dystocique.

Tableau 9.21. : Pourcentage de femmes de 15 à 49 ans ayant accouché au cours des 12 derniers mois ayant précédé l'enquête par type d'assistance et selon les préfectures et les milieux de résidence, RCA, MICS2000.

Préfecture et milieu de résidence	Accouchements des femmes selon le type d'assistance						Total	Effectif de femmes ayant accouché
	Médecin	Infirmier Sage-femme	Ensemble personnel de santé	Accoucheuse traditionnelle	Parents ou amis	Autres / NSP		
Préfecture								
Ombella-M'poko	3,2	50,0	53,2	20,4	19,0	7,4	100,0	386
Kémo	2,2	28,2	30,2	39,9	16,9	13,0	100,0	105
Nana-Gribizi	0,8	37,5	38,3	37,7	21,4	2,6	100,0	110
Lobaye	2,2	39,4	41,6	32,5	17,6	8,3	100,0	251
Mambéré-Kadéï	0,0	37,0	37,0	15,7	44,0	3,3	100,0	414
Sangha-Mbaéré	2,4	44,6	47,0	26,7	21,7	4,6	100,0	101
Nana-Mambéré	3,0	36,6	39,6	22,1	21,2	17,1	100,0	162
Ouham	1,7	15,1	16,8	34,4	39,2	9,6	100,0	269
Ouham-Pendé	3,2	29,4	32,6	25,7	29,7	12,0	100,0	392
Ouaka	1,0	43,9	44,9	29,4	18,0	7,8	100,0	288
Bamingui-Bangoran	2,0	22,9	24,9	25,7	43,6	5,8	100,0	36
Haute-Kotto	1,0	51,1	52,1	18,4	19,1	10,3	100,0	67
Vakaga	0,0	10,9	10,9	20,3	57,8	11,0	100,0	50
Mbomou	2,3	36,2	38,5	27,5	25,8	8,1	100,0	166
Basse-Kotto	0,5	21,6	22,1	24,8	42,6	10,5	100,0	245
Haut-Mbomou	1,0	68,0	69,0	6,4	13,6	11,0	100,0	50
Bangui	1,5	83,4	84,9	2,7	7,1	5,3	100,0	516
Milieu de résidence								
Urbain	2,0	71,8	73,8	8,5	11,7	6,0	100,0	1358
Rural	1,6	24,6	26,6	30,6	33,8	9,4	100,0	2251
Ensemble RCA	1,7	42,3	44,0	22,3	25,5	8,2	100,0	3609

Dans les régions administratives, à l'exception de la région du Bangui (capitale Bangui) où 84,9 % des accouchements sont assistés par un personnel qualifié, moins de 50 % des femmes enceintes bénéficient de ce type d'assistance (tableau 9.22). La région de RA3 est la plus concernée : seulement 26,1 % des femmes enceintes accouchent en présence des agents de santé. Cet état mérite d'être élucidé par d'autres analyses ultérieures. La situation des régions sanitaires est la même que celle des régions administratives.

Le niveau d'instruction des femmes enceintes est l'un des facteurs importants pour recourir à l'assistance du personnel qualifié au moment de l'accouchement. Les femmes enceintes du niveau secondaire et plus sollicitent dans la majorité des cas le service des agents de santé (82,1 % des accouchements) contre 53,7 % pour celles du primaire et 30,5 % pour celles qui ont aucun niveau d'instruction (tableau 9.22).

Tableau 9.22 : Pourcentage de femmes de 15 à 49 ans ayant accouché au cours des 12 derniers mois ayant précédé l'enquête par type d'assistance et selon les régions et le niveau d'instruction des femmes, RCA, MICS2000.

Caractéristiques	Accouchements des femmes selon le type d'assistance						Total	Effectif des femmes ayant accouché
	Médecin	Infirmier Sage-femme	Ensemble personnel de santé	Accoucheuse traditionnelle	Parents ou amis	Autres / NSP		
Région Administrative								
RA 1	2,8	45,8	48,6	25,2	18,4	7,8	100,0	637
RA 2	1,1	38,0	39,1	18,9	35,2	6,8	100,0	678
RA 3	2,6	23,6	26,2	29,2	33,6	11,0	100,0	660
RA 4	1,2	39,2	40,4	33,4	18,4	7,8	100,0	503
RA 6	0,9	31,4	31,3	20,8	37,5	9,4	100,0	154
RA 6	1,2	31,9	33,1	23,8	33,4	9,7	100,0	461
Bangui	1,5	83,4	84,9	2,7	7,1	5,3	100,0	516
Région Sanitaire								
RS N° 1	2,5	42,5	45,0	28,6	18,6	7,8	100,0	852
RS N° 2	1,1	38,0	39,1	18,9	35,2	6,8	100,0	678
RS N° 3	2,6	23,6	26,2	29,2	33,6	11,0	100,0	660
RS N° 4	1,0	39,5	40,5	26,4	24,8	8,3	100,0	441
RS N° 5	1,2	31,9	33,1	23,8	33,4	9,7	100,0	461
Bangui	1,5	83,4	84,9	2,7	7,1	5,3	100,0	516
Niveau d'instruction								
Aucun	1,6	28,9	30,5	27,2	33,8	8,5	100,0	2024
Primaires	1,5	52,3	53,7	18,6	19,0	8,7	100,0	1131
Secondaire et +	3,2	78,9	82,1	8,8	4,6	4,5	100,0	444
Ensemble RCA	1,7	42,3	44,0	22,3	25,5	8,2	100,0	3609

9.4. AVORTEMENTS ET GROSSESSES INDESIRÉES

9.4.1 Avortements

Dans le cadre de l'enquête MICS 2000, l'avortement se rapporte à toute Interruption Volontaire de Grossesse non désirée (IVG).

Les résultats consignés dans le tableau 9.23 montrent que 7,9 % des femmes en union ont déclaré avoir provoqué un avortement. La fréquence des avortement de rang 1 (62,9 %) est élevée. Cependant, selon la déclaration des femme, 12,7 % des enquêtées ont déclaré avoir fait plus de 3 avortements.

Au niveau préfectoral, la pratique de l'avortement est répandue dans l'Ombella-M'Poko (12,7 %) et à Bangui (20,5 %) par rapport à la majorité des préfectures. L'Ouham-Pendé (1,6 %) et la Nana-Mambéré (2,8 %) sont les préfectures où l'IVG est moins pratiquée. Mais, compte tenu de la faible représentativité de l'échantillon (inférieur à 50 femmes ayant fait un avortement) dans la majorité des préfectures, les résultats par rapport à la fréquence des avortement ne peuvent faire objet d'une analyse pertinente.

En somme, il s'agit selon la classification par milieu de résidence d'un phénomène essentiellement urbain (13,6%) que rural (4,2%). Il convient de noter que la fréquence d'avortements de rang est plus élevée en milieu rural (67,7%) qu'en milieu urbain (60,7%). Cette situation s'inverse lorsqu'on considère l'avortement de rang supérieur ou égal à 2.

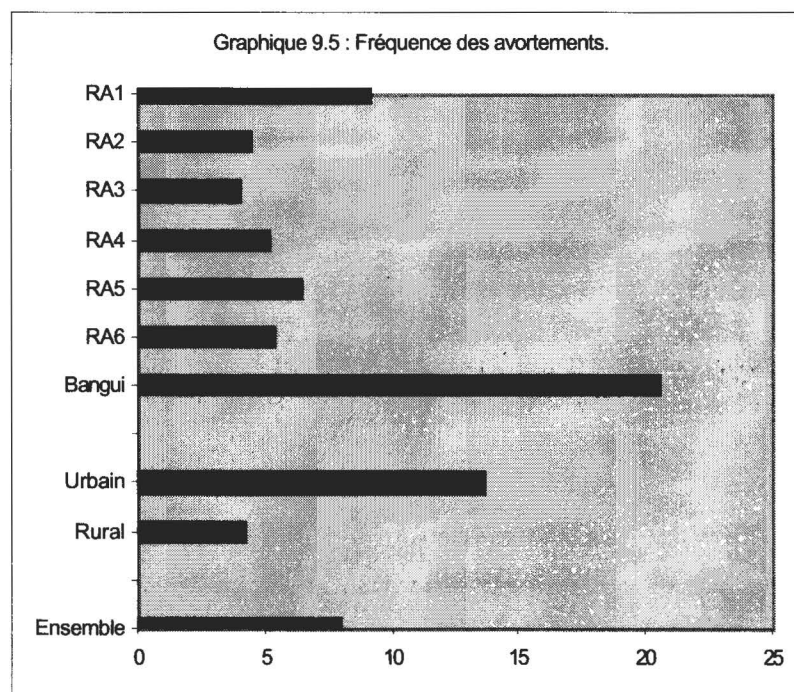
Tableau 9.23 : Pourcentage de femmes en union ayant fait un avortement selon la fréquence des avortements par préfecture et milieu de résidence, RCA, MICS 2000.

Préfecture et milieu de résidence	Pourcentage de femmes ayant fait un avortement	Fréquence des avortements			Effectif des femmes en union ayant fait un avortement	Effectif total des femmes en union
		1 fois	2 fois	3 fois et +		
Préfecture						
Ombella-M'Poko	12,7	63,4	26,0	10,6	160	1257
Kémo	9,1	63,6	28,3	8,1	35	379
Nana-Grébizi	3,4	76,5	16,7	6,8	13	397
Lobaye	3,4	65,2	24,7	10,1	27	805
Mambéré-Kadéï	4,6	72,0	17,9	10,0	72	1581
Sangha-Mbaéré	6,7	78,2	19,7	2,1	22	334
Nana-Mambéré	2,8	52,9	23,6	23,5	18	656
Ouham	7,6	64,6	23,8	11,6	70	925
Ouham-Pendé	1,6	63,5	36,5	0,0	22	1378
Ouaka	4,2	60,9	25,5	13,7	38	911
Bamingui-Bangoran	6,3	67,0	29,3	3,6	7	116
Haute-Kotto	8,3	62,7	31,3	6,0	21	255
Vakaga	3,1	50,6	25,6	23,7	5	152
Mbomou	6,9	65,1	18,1	16,7	39	574
Basse-Kotto	4,4	59,2	33,8	7,0	36	825
Haut-Mbomou	4,3	73,5	14,2	12,3	8	184
Bangui	20,5	59,9	24,0	16,0	406	1985
Milieu de résidence						
Urbain	13,6	60,7	26,3	13,0	677	4966
Rural	4,2	67,7	20,4	11,9	325	7748
Ensemble	7,9	62,9	24,4	12,7	1002	12713

Au niveau régional, à l'exception de la RA1 (9,1 %) et de Bangui, le pourcentage des femmes ayant fait un avortement est inférieur à la moyenne nationale dans les autres régions administratives. Ce constat est valable en ce qui concerne les régions sanitaires, où le phénomène est prépondérant dans la RS1 (8,3 %).

Tableau 9.24 : Pourcentage de femmes en union ayant fait un avortement selon la fréquence des avortements par région, RCA, MICS2000.

Régions	Pourcentage de femmes ayant fait un avortement	Fréquence des avortements			Effectif des femmes en union ayant fait un avortement	Effectif total des femmes en union
		1 fois	2 fois	3 fois et +		
Région sanitaire						
RA1	9,1	63,6	25,8	10,6	187	2063
RA2	4,4	70,2	19,2	10,6	113	2572
RA3	4,0	64,4	26,6	9,0	92	2303
RA4	5,1	64,4	25,3	10,3	86	1687
RA5	6,4	62,0	30,1	7,9	33	522
RA6	5,3	63,4	24,4	12,2	83	1582
Bangui	20,5	59,9	24,0	16,0	406	1985
Région administrative						
RS1	8,3	64,4	25,7	10,0	235	2838
RS2	4,4	70,2	19,2	10,6	113	2572
RS3	4,0	64,4	26,6	9,0	92	2303
RS4	5,0	61,4	27,6	11,0	72	1433
RS5	5,3	63,4	24,4	12,2	83	1582
Bangui	20,5	59,9	24,0	16,0	406	1985
Ensemble	7,9	62,9	24,4	12,7	1002	12713



Selon les résultats de l'enquête, l'âge de la femme n'a pas d'influence sur la pratique de l'avortement. Les femmes âgées de 15-19 ans (3,6 %) ont déclaré avoir fait moins d'avortements. Au delà de ce groupe d'âges, la fréquence des avortements avoisinent la moyenne nationale. En comparant la fréquence des avortements de rang supérieur ou égal à 2, on remarque un pourcentage élevé de femmes âgées de 15-19 ans (29,8 %) qui ont fait 2 avortements comparativement à leurs aînées (cf. Tableau 9.25).

L'enquête révèle de manière inattendue une augmentation des IVG avec le niveau d'instruction des femmes. En effet, la prévalence des avortements (23,6 %) est élevée chez les femmes de niveau secondaire ou plus que chez celles de niveau primaire (9,2 %) ou analphabètes (3,8 %).

Tableau 9.25 : Pourcentage de femmes en union ayant fait un avortement selon la fréquence des avortements par groupe d'âges et le niveau d'instruction, RCA, MICS2000.

Caractéristiques	Pourcentage de femmes ayant fait un avortement	Fréquence des avortements			Effectif des femmes en union ayant fait un avortement	Effectif total des femmes en union
		1 fois	2 fois	3 fois et +		
Groupe d'âges						
15-19	3,6	66,0	29,8	4,1	64	1751
20-24	9,3	74,1	19,7	6,2	220	2375
25-29	8,6	64,8	24,1	11,1	218	2524
30-34	8,4	62,0	21,8	16,2	187	2223
35-39	9,2	57,5	24,2	18,3	174	1882
40-44	6,7	45,8	33,8	20,4	88	1306
45-49	7,9	57,0	32,8	10,2	49	624
Niveau d'instruction						
Aucun	3,9	69,8	19,1	11,0	291	7500
Primaire	9,2	63,1	27,0	9,8	329	3595
Secondaire et +	23,6	57,5	26,1	16,4	381	1619
Ensemble	7,9	62,9	24,4	12,7	1002	12713

9.4.2 Grossesse des douze derniers mois et désir de cette grossesse

Aux femmes en union, les enquêtrices ont posé la question sur la grossesse des douze derniers mois et leur inclination par rapport à cette grossesse. Au total 2721 femmes en union représentant 21,4 % du sous-échantillon ont déclaré être grosses ; parmi lesquelles 22,2 % affirment ne pas désirer la grossesse.

La proportion de femmes en grossesse ne varie pas avec le milieu de résidence alors qu'on note une dissemblance selon le désir de cette grossesse. Dans 17,8 % des cas, les femmes vivant en milieu rural n'ont pas souhaité être enceinte contrairement à 29 % des femmes résidant en milieu urbain.

Les résultats au niveau préfectoral montrent qu'il n'y aurait pas une corrélation entre le pourcentage de femmes enceintes et le désir qu'elles ont eu de la grossesse. Par exemple, le pourcentage de femmes en grossesse est relativement plus élevé dans l'Ouham-Pendé (24,9 %), la Ouaka (26,9 %), la Vakaga (26,9 %) et la Basse-Kotto (25,1 %) alors que c'est dans l'Ombella-M'Poko (27 %), la Nana-Grébizi (26,2 %), la Lobaye (28,6 %), la Ouaka (30,8 %), la Bamingui-Bangoran (25,6 %) et le Haut-Mbomou (24,2 %) que le pourcentage des femmes qui ont désiré leur grossesse est plus élevé.

Tableau 9.26 : Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans ayant eu une grossesse au cours des douze derniers mois, selon le désir de cette grossesse par préfecture et par milieu de résidence, RCA, MICS2000.

Préfecture et milieu de résidence	Pourcentage de femmes ayant eu une grossesse au cours des 12 derniers mois	Pourcentage de femmes grosses au cours des 12 derniers mois ne désirant pas cette grossesse	Effectif total des femmes grosses au cours des 12 derniers mois
Préfecture			
Ombella-M'poko	23,7	27	298
Kémo	21,9	19,1	83
Nana-Grébizi	18,4	26,2	73
Lobaye	18,8	28,6	152
Mambéré-Kadéï	18,1	12,4	287
Sangha-Mbaéré	17,4	19,7	58
Nana-Mambéré	21,2	15	139
Ouham	20,2	19,7	187
Ouham-Pendé	24,9	19,8	343
Ouaka	26,9	30,8	245
Bamingui-Bangoran	24,1	25,6	28
Haute-Kotto	18,8	21,1	48
Vakaga	26,9	10,7	41
Mbomou	21	12,7	120
Basse-Kotto	25,1	20,7	207
Haut-Mbomou	17,7	24,2	33
Bangui	19,1	28,6	379
Milieu de résidence			
Urbain	21,1	29,1	1050
Rural	21,6	17,8	1671
Ensemble	21,4	22,2	2721

Les résultats contenus dans le tableau 9.27 montrent qu'il y a une faible variation régionale de la proportion de femmes ayant contracté une grossesse au cours des 12 derniers mois. Le pourcentage des femmes enceintes est faible dans la RA2 (18,8%) et élevée dans la RA3 (23 %). Les femmes qui vivent dans la RA1 (27,5%), la RA4 (27,5%) et à Bangui (28,6 %) sont relativement plus nombreuses à ne pas désirer leur dernière grossesse.

Tableau 9.27 : Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans ayant eu une grossesse au cours des 12 derniers mois, selon le désir de cette grossesse par région, RCA, MICS2000.

Régions	Pourcentage de femmes ayant eu une grossesse au cours des 12 derniers mois	Pourcentage de femmes grosses au cours des 12 derniers mois ne désirant pas cette grossesse	Effectif total des femmes grosses au cours des 12 derniers mois
Région administrative			
RA1	21,8	27,5	450
RA2	18,8	14,0	484
RA3	23,0	19,8	530
RA4	23,8	27,5	402
RA5	22,3	18,5	117
RA6	22,7	18,4	360
Bangui	19,1	28,6	379
Région sanitaire			
RS1	21,4	26,2	606
RS2	18,8	14,0	484
RS3	23,0	19,8	530
RS4	25,3	26,8	362
RS5	22,7	18,4	360
Bangui	19,1	28,6	379
Ensemble	21,4	22,2	2721

Les caractéristiques individuelles de la femme, notamment le niveau d'instruction et l'ethnie déterminent le comportement de la femme. En effet, les femmes âgées de 15-34 ans sont plus exposées au risque de grossesse que leurs aînées qui, d'ailleurs dans la majorité des cas, n'ont pas souhaité être enceinte au cours des douze derniers mois. Le sentiment de rejet est plus prononcé chez les femmes de niveau secondaire ou plus (38 %) ainsi que celles de niveau primaire (26,1 %).

Selon l'appartenance ethnique de la femme, le pourcentage de femmes qui ne désire pas leur grossesse est élevé chez les Mandja (25,2 %), les Banda (27,1 %), les Ngbaka-Bantou (24,5 %) et les Yakoma-Sango (26,6 %). Les Sara (14,0 %) et les Zandé-Nzakara (13,4 %) de surcroît ont des valeurs culturelles qui valorisent la gestation.

Tableau 9.28 : Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans ayant eu une grossesse au cours des 12 derniers mois, selon le désir de cette grossesse par groupe d'âges, niveau d'instruction et groupe ethnique de la femme, RCA, MICS2000.

Caractéristiques	Pourcentage de femmes ayant eu une grossesse au cours des 12 derniers mois	Pourcentage de femmes grosses au cours des 12 derniers mois ne désirant pas cette grossesse	Effectif total des femmes grosses au cours des 12 derniers mois
Age			
15-19	26,5	21,7	463
20-24	29,1	21,6	691
25-29	24,6	20,1	621
30-34	21,5	19,8	478
35-39	17,1	30,1	322
40-44	8,2	23,1	107
45-49	5,3	27,5	33
Niveau d'instruction			
Aucun	20,5	16,8	1541
Primaire	24,1	26,1	865
Secondaire +	19,5	38	315
Ethnie de la femme			
Haoussa	23,1	18,6	225
Sara	21,3	14	168
Mboum	24,6	15,3	160
Gbaya	19,5	20,1	732
Mandja	21,1	25,2	286
Banda	23,5	27,1	654
Nbaka-Bantou	20,4	24,5	186
Yakoma-Sango	22,1	26,6	154
Zandé-Nzakara	21,1	13,4	97
Autres	17,3	29,2	59
Ensemble	21,4	22,2	2721

CONCLUSION

Les résultats de l'enquête MICS 2000 révèlent que les conditions de survie des femmes ne sont pas encore bien remplies en République Centrafricaine en dépit des efforts accomplis. Les facteurs de risque de la mortalité maternelle demeurent élevés en RCA : seulement 7 % de femmes pratiquent la contraception moderne en l'an 2000 contre 3 % en 1994/95 (avec 28 % qui utilisent l'ensemble des méthodes contraceptives contre 15 % en 1994/95) ; les rapports sexuels sont très précoces (58 % des femmes en union ont eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 15 ans); l'accès aux soins prénatals auprès d'un personnel de santé ne concerne que 62 % des femmes enceintes, seulement 34 % de femmes effectuent 4 visites prénatales et 31 % ont effectué aucune visite; plus de la moitié (52,4 %) des femmes accouchent à domicile et moins de la moitié des femmes (44 %) bénéficie de l'assistance d'un personnel qualifié au moment de l'accouchement:

Toutefois, il convient de remarquer que la généralisation de l'Initiative de Bamako à tous les districts sanitaires a contribué à renforcer les actions de prévention des maladies chez les femmes enceintes : ainsi 68 % de femmes enceintes ont reçu la cure de chloroquine pour la prévention du paludisme et 54,5 % ont reçu le capsule de fer pour la prévention de l'anémie.

Les groupes cibles les plus défavorisés en matière de santé de la reproduction sont les filles adolescentes (seulement 3,6 % utilisent n'importe quelle méthode de contraception), les femmes résidant en milieu rural, celles vivant dans les préfectures de l'Ouham et de l'Ouham-Pendé ainsi que dans les préfectures du Nord-Est du pays. La faible disponibilité des services de santé maternelle infantile et planification familiale en milieu rural et la sous-information des femmes sont les principaux facteurs d'une maternité à risques en RCA.

Avec un taux de mortalité maternelle estimé à 948 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes en 1994/95 (EDS), les objectifs du sommet mondial pour les enfants de 1990 visant une réduction de la mortalité maternelle à environ 400 pour 100.000 naissances vivantes sont loin d'être atteints par la République Centrafricaine. Aussi, un recul a été enregistré par le pays par rapport au gain obtenu en mi-décennie (1995) en matière de prévention du tétanos néo-natal avec le taux de couverture VAT qui a chuté de 76 % en 1996 à 61 % en l'an 2000.

CHAPITRE 10 : PROTECTION DE L'ENFANT

Dans le cadre de l'enquête MICS 2000, des questions ont été posées aux personnes en charge des enfants âgés de moins de 15 ans pour savoir si certains des droits de ces derniers sont respectés. Ces questions portent sur les points suivants :

- la déclaration des naissances ;
- l'orphelinage et tutelle des enfants ;
- et le travail des enfants.

10.1. DECLARATION DES NAISSANCES

La déclaration des naissances est le fait d'enregistrer une naissance au registre d'Etat civil en vue d'obtenir l'acte de naissance. Le délai imparti pour la déclaration des naissances varie d'un pays à un autre. Pour la RCA, cette déclaration se fait dans le mois qui suit la naissance d'un enfant (Article 134 du code de la famille).

Les résultats du tableau 10.1 montrent que 72,5 % des naissances sur l'ensemble du pays sont déclarées à l'Officier d'Etat-Civil dont 61% des parents affirment ne pas savoir les raisons de la non déclaration.

les raisons souvent évoquées pour la non déclaration des naissances sont :

- l'éloignement des centres d'état civil (14,7 %) ;
- le coût de l'enregistrement (9,3 %) ;
- la méconnaissance d'enregistrement des faits d'état civil (6,3 %).

La déclaration des naissances varie selon le milieu de résidence. Elle est plus élevée en milieu urbain (87,5 %) qu'en milieu rural (63 %). En milieu urbain, le coût de l'enregistrement (9,3 %) et la méconnaissance de l'enregistrement (4,7%) sont les principales causes des naissances non enregistrées. En milieu rural, l'éloignement des centres d'enregistrement (17,1 %), le coût de l'enregistrement (9,3 %), et la méconnaissance de l'enregistrement (6,6 %) constituent les principales raisons de la non déclaration des naissances.

Au niveau préfectoral, le pourcentage des naissances déclarées est supérieur à la moyenne nationale (72,5%) à Bangui et dans les préfectures de la Haute-Kotto (85,5 %), de la Sangha-Mbaéré (84,0 %) et du Haut-Mbomou (83,8 %). Les plus faibles taux d'enregistrement des naissances à l'Etat-Civil sont enregistrés dans les préfectures de la Vakaga (39 %), de l'Ouham (46,5 %) et de la Basse-Kotto (63,6 %). Les raisons de la non déclaration des naissances varient également selon les préfectures :

- le problème d'éloignement des centres d'enregistrement des naissances est plus rencontré dans les préfectures de Bamingui-Bangoran (48,5 %), de la Vakaga (43,1 %), Mambéré-Kadeï (37,3 %), Kémo (20,4 %) ;

Tableau 10.3: Pourcentage de naissances déclarées des enfants de 0-59 mois et les raisons de non enregistrement selon les caractéristiques de l'enfant et de la mère, RCA, MICS2000.

Caractéristiques de l'enfant et de la mère	Naissances déclarées	Les raisons de la non déclaration des naissances							Nombre d'enfants
		Coût de l'enregistrement	Eloignement des centres d'état civil	Méconnaissance de l'enregistrement	Retard et non paiement de l'amende	Méconnaissance du lieu d'enregistrement	Autres	Ne sait pas	
Sexe									
Masculin	73,2	8,7	14,7	6,4	0,7	1,7	5,5	62,3	7248
Féminin	71,9	9,9	14,8	6,2	0,8	2,3	6,4	59,7	7018
Niveau étude de la mère									
Aucun	63,9	9,6	16,3	7,5	0,7	2,4	5,2	58,4	8179
Primaire	80,7	8,6	10,4	2,8	1,2	0,8	7,2	68,9	4157
Secondaire et +	91,7	6,2	5,0	0,7	0,0	0,1	15,9	72,0	1896
Ensemble RCA	72,5	9,3	14,7	6,3	0,7	2,0	5,9	61,0	14267

10.2. ORPHELINAGE ET TUTELLE DES ENFANTS

Lors de l'enquête, des questions ont été posées pour savoir si les enfants âgés de 0-14 ans vivent ou non avec leurs parents biologiques. Les informations recueillies ont permis de disposer des données sur la proportion des enfants orphelins et des enfants confiés.

10.2.1. Orphelinage

L'orphelinage est la situation d'un enfant qui a perdu au moins l'un de ses parents biologiques. Deux cas peuvent se présenter : l'orphelinage total et l'orphelinage partiel. L'orphelinage est total lorsque l'enfant a perdu ses deux parents biologiques et l'orphelinage partiel lorsqu'il /elle a perdu soit son père, soit sa mère.

Pour l'ensemble du pays, la proportion des enfants orphelins est de 10,2 % dont 8,7% partiellement et 1,5% totalement. La suite de l'analyse se fera par rapport aux différents cas d'orphelinage précités.

a) Les orphelins de père

Les résultats du tableau 10.4 montrent que les enfants âgés de 0-14 ans qui ont perdu leur père représentent 6,2 % pour l'ensemble du pays. Cette proportion est plus élevée en milieu urbain (8,0%) qu'en milieu rural (5,1%).

L'analyse au niveau préfectoral révèle que la proportion d'enfants ayant perdu leur père est supérieure à la moyenne nationale à Bangui (8,1 %) et dans les préfectures de la Nana-Grébizi (7,4 %), de la Nana-Mambéré (6,9 %), de la Haute-Kotto (6,8 %), de la Mambéré-Kadéï (6,5%), de l'Ombella-M'Poko (6,4%), du Haut-M'Bomou (6,4%) et de la Ouaka (6,3%).

b) Les orphelins de mère

Selon les résultats, la proportion des enfants orphelins de mère pour l'ensemble du pays est de 2,5 %. Il n'existe pas d'écart important entre le milieu urbain (3,1%) et le milieu rural (2,1%).

Au niveau des préfectures, la proportion des orphelins de mère varie de 1,4% à 3,5%. Elle est de 3,5% à Bangui et inférieure à 2% dans les préfectures de l'Ouham-Péndé (1,7%), de

“Le travail des enfants comprend tous les types d’activités économiques (production, services, distribution) effectuées par un enfant (de moins de 18 ans), activités rétribuées ou non, exercées dans un cadre formel ou non formel, réalisées avec ou sans la supervision, la tutelle ou la surveillance d’un adulte, accomplies à l’intérieur du ménage et de la famille ou en dehors, de façon régulière, saisonnière ou ponctuelle. Il y a exploitation de l’enfant dès lors que les activités effectuées présentent un risque pour les différents aspects du développement de l’enfant (aspect physique, intellectuel/cognitif, psychologique et émotionnel, social, culturel) et ou qu’elle entrave son accès à la jouissance d’autres droits (santé, éducation, loisirs, intégration sociale, etc)”.

Lors de l’enquête, des questions ont été posées sur le travail rémunéré ou non des enfants âgés de 5-14 ans, le type d’activités et aussi la durée journalière des activités effectuées par ces enfants.

10.3.1. Ampleur du travail des enfants

L’ampleur du travail des enfants est saisie à travers :

- la proportion des enfants qui travaillent effectivement ;
- la proportion des enfants qui exercent les travaux domestiques et petits commerces.

Au niveau national, l’enquête a porté sur 32397 enfants âgés de 5-14 ans. Les résultats du tableau 10.7 indiquent que 63,5 % de ces enfants travaillent actuellement ; 49,2 % des enfants s’adonnent aux activités champêtres et aux petits commerces.

L’analyse par milieu de résidence fait ressortir que 71 % des enfants travaillent en milieu rural contre 51,9 % en milieu urbain. La proportion des enfants travaillant dans les champs ou qui font le petit commerce varie selon le milieu de résidence : 58 % en milieu rural et 35,7 % en milieu urbain.

L’analyse au niveau préfectoral montre que le pourcentage des enfants qui travaillent est plus élevé dans les préfectures du Mbomou (77,8 %), de Nana-Mambéré (76,0 %), de Nana-Grébizi (76,0 %) et de Ouaka (74,3 %) par rapport aux préfectures de Vakaga (56,9 %), de Mambéré-Kadeï (59,4 %), de l’Ombella-Mpoko (59,7%) et Bangui (38,3 %).

Il existe également, au niveau des préfectures, des écarts significatifs entre les proportions des enfants qui font les travaux champêtres et le petit commerce. Ces travaux sont plus exercés par les enfants des préfectures de la Lobaye (71,8 %), de la Ouaka (62,4 %), de la Basse-Kotto (61,3 %) et du Mbomou (61,1 %). Les faibles proportions sont observées à Bangui (21,9 %) dans l’Ombella-M’poko (36,8 %), la Vakaga (37,8 %) et le Bamingui-Bangoran (40,9 %).

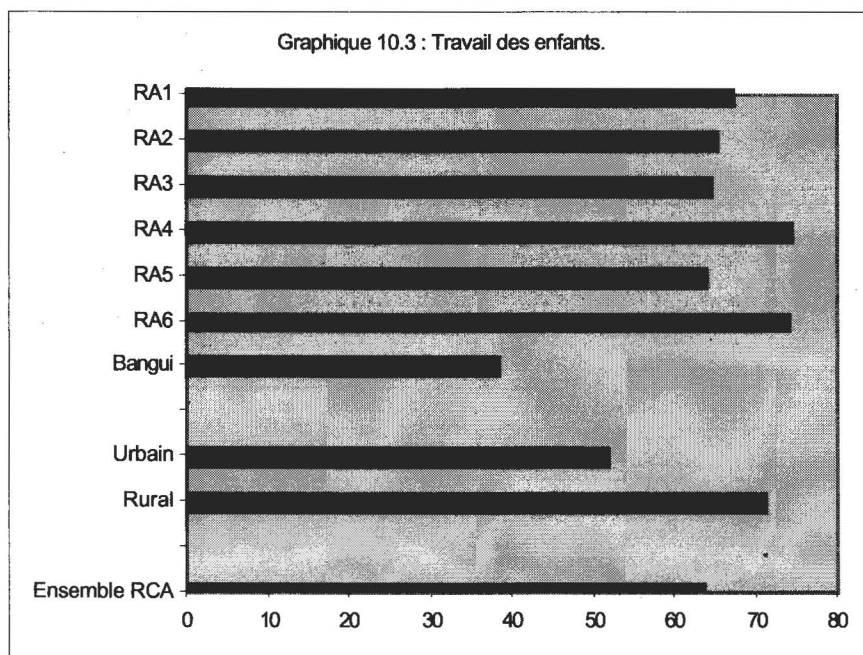
Dans l’ensemble des régions administratives, les proportions d’enfants qui travaillent actuellement sont supérieures à la moyenne nationale (63,4 %). Les proportions élevées sont observées dans les RA4 (74,3 %) et RA6 (74,0 %) contrairement à Bangui où ce taux ne représente que 38,3 %.

Les proportions des enfants qui font les travaux champêtres et le petit commerce sont supérieures à la moyenne nationale de 49,2 % dans la RA6 (60,9 %), RA4 (58,2 %) et RA3 (57,1 %) ; tandis qu’elle est faible à Bangui (21,9 %).

La situation du travail des enfants observée au niveau des régions administratives est similaire à celle observée au niveau des régions sanitaires.

Le pourcentage des enfants qui travaillent varie très peu selon le sexe : 65,1 % pour le sexe féminin et 61,9 % pour le sexe masculin. Par contre, le pourcentage des enfants qui font les travaux champêtres et les petits commerces est un peu plus élevé parmi les filles (50,4 %) par rapport aux garçons (48 %).

Les résultats obtenus par tranche d'âge indiquent que 75 % des enfants de 10-14 ans exercent une activité contre 54 % de ceux âgés de 5-9 ans.



10.3.2. Conditions de travail

Les conditions de travail concernent la durée du travail et la rémunération ou pas du travail des enfants. Les données collectées sur la durée de travail des enfants ont été analysées en distinguant la durée de travail en dessous de 4 heures et celle supérieure à 4 heures conformément aux dispositions standard fixées pour l'enquête MICS sur le plan mondial. Toutefois, il convient de rappeler que sur le plan national, la durée hebdomadaire de travail est de 40 heures soit 8 heures par jour.

En RCA, d'après les résultats de MICS 2000, les enfants qui font un travail rémunéré ne représentent que 3,3 %. Par contre, le pourcentage des enfants qui exercent un travail non rémunéré est de 33 %, c'est-à-dire 10 fois plus que ceux qui sont rémunérés. Les enfants qui font un travail rémunéré sont plus représentés en milieu rural (3,9%) qu'en milieu urbain (2,3%).

Le pourcentage des enfants qui font un travail non rémunéré, est de 38,1 % en milieu rural contre 25,8 % en milieu urbain.

Les enfants qui font des travaux domestiques pour une durée inférieure à 4 heures par jour représentent 71,4 %. Pour ceux qui font les mêmes travaux domestiques pour une durée supérieure à 4 heures par jour, leur part ne représente que 8,9 %.

Pour ceux qui travaillent pour une durée inférieure à 4 heures par jour, la répartition est équitable selon d'âge : 73,6 % pour la tranche d'âges de 10-14 ans contre 69,5 % pour les enfants âgés de 5-9 ans.

Pour les enfants exécutant les travaux domestiques au-delà de 4 heures, leur proportion atteint 15,1 % parmi les enfants âgés de 10-14 ans par rapport à la tranche d'âge 5-9 ans où la proportion n'est que de 3,7 %.

CONCLUSION

Les résultats de l'enquête révèlent qu'une frange relativement importante (27,5%) des naissances des enfants de moins de 5 ans n'est pas déclarée à l'Etat Civil. Les principales raisons de la non déclaration de ces naissances sont la distance par rapport au centre d'Etat Civil, le coût de l'enregistrement et la méconnaissance de l'enregistrement.

Pour ce qui concerne l'orphelinage et la tutelle des enfants de moins de 15 ans, les résultats indiquent que 10,2% de ces enfants sont orphelins d'au moins un parent avec 1,5 % orphelins des deux parents à la fois. En tout 11 % d'enfants vivent sous tutelle.

Par ailleurs, la majorité des enfants âgés de 5-14 ans (71,4%) est quotidiennement soumise aux travaux domestiques pour une durée inférieure à 4 heures. Seulement 3,3% de ces enfants font un travail rémunérateur.

La question de protection des enfants est préoccupante en RCA avec un pourcentage non négligeable d'enfants orphelins de père (6,2 %) et ceux confiés à d'autres parents (11 %). L'ampleur du travail des enfants effectué dans des conditions moins satisfaisantes montre qu'il y a un grand défi à relever par la RCA en matière de lutte contre le travail des enfants dans un environnement socio-économique difficile.

CHAPITRE 11 : PROTECTION DE LA FEMME

La question de la dignité humaine et d'égalité en droits est fondamentale. La République Centrafricaine a signé et ratifié en 1992 la Convention sur l'Elimination de toutes Formes de Discrimination à l'Egard de la Femme (CEDEF). Cet instrument juridique supranational qui prône l'égalité de chance entre le sexe masculin et le sexe féminin en matière d'épanouissement et de bien être individuel, proscrit dans l'une de ses dispositions, toutes formes de violence à l'égard de la femme.

Dans le préambule de cette convention, il a été rappelé : *< La déclaration universelle des droits de l'homme affirme le principe de la non discrimination et proclame que tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droit et que chacun peut se prévaloir de tous les droits et de toutes les libertés qui y sont énoncés, sans distinction aucune, notamment de sexe >*

La CEDEF définit la discrimination comme suit en son article 1 : *< Aux fins de la présente convention, l'expression « discrimination à l'égard des femmes » vise toute distinction, exclusion ou restriction fondée sur le sexe qui a pour but de compromettre ou de détruire la reconnaissance, la jouissance ou l'exercice par les femmes, quel que soit leur état matrimonial, sur la base de l'égalité de l'homme et des libertés fondamentales dans les domaines politique, économique, social, culturel et civil ou dans tout autre domaine.>*

L'article 2 de ladite Convention précise : *< Les Etats partie condamnent la discrimination à l'égard des femmes sous toutes ses formes, conviennent de poursuivre par tous les moyens appropriés et sans retard une politique tendant à éliminer la discrimination à l'égard des femmes et, à cette fin, s'engagent à : ...c) instaurer une protection juridictionnelle des droits des femmes sur un pied d'égalité avec les hommes et garantir, par le truchement des tribunaux nationaux compétents et d'autres institutions publiques, la protection effective des femmes contre tout acte discriminatoire >*.

Des efforts ont été réalisés au niveau national pour améliorer la protection juridique de la femme.

A cet effet une politique nationale de la femme a été élaborée en 1989, puis révisée en 1999. Elle a permis de mettre l'accent sur la promotion du statut et la valorisation des aptitudes multiformes en vue de promouvoir sa pleine participation au développement du pays ; la lutte contre les pratiques néfastes à la santé physique et au bien être psychologique de la femme constitue l'un des axes stratégiques d'action de cette politique.

Dans le cadre de l'enquête MICS 2000, le gouvernement avait jugé opportun de collecter des informations sur les problèmes de violence et des abus sociaux que subissent les femmes afin de disposer des statistiques sur l'ampleur des problèmes et permettre de cibler les zones les plus touchées en vue de mieux orienter les actions. Les questions sur le volet protection proposées dans la première version du questionnaire standard mondial de MICS ont donc été maintenues et complétées dans le questionnaire MICS de la RCA.

Les sujets abordés au cours de l'enquête MICS portent sur :

1- la violence corporelle,

- 2- la violence morale,
- 3- le viol,
- 4- le harcèlement sexuel,
- 5- la prostitution forcée (être contrainte).
- 6- l'excision,
- 7- la perte d'héritage des biens du mari,
- 8- la perte de gardiennage d'enfants.

Il convient toutefois de souligner la délicatesse de certaines notions plus adaptées au contexte occidental (viol, harcèlement, etc..) et dont une mauvaise interprétation de la part des enquêtrices ou des enquêtées eu égard aux habitudes et valeurs locales, pourrait biaiser les résultats obtenus.

Les données qualitatives issues de l'enquête socio-anthropologique pour l'élaboration du code de la famille réalisée en 1995 ainsi que celles de l'Enquête Démographique et de Santé de 1994-95 ont été mises à contribution pour apprécier la tendance de la pratique de l'excision ou étayer certaines données quantitatives à l'aide de citations (verbatim).

L'analyse différentielle a été élargie aux caractéristiques culturelles et sociales des femmes aussi bien de leur mari pour tenter de percevoir l'impact de l'environnement socio-culturel sur le comportement des maris ou parents vis-à-vis des femmes. L'analyse ultérieure approfondie des données sur la protection permettra d'identifier les facteurs les plus déterminants en matière de protection des femmes.

11.1 VIOLENCE CORPORELLE

La violence corporelle est le fait qu'une femme soit battue par son mari, son frère ou père ou un parent.

11.1.1 Ampleur de la violence corporelle et cas de plainte

En tout 45,4 % des femmes ont affirmé avoir déjà subi une violence corporelle. Ce pourcentage est légèrement un peu plus élevé en milieu rural (47,3 %) qu'en milieu urbain (42,8 %).

Sur la base de déclarations des femmes, les résultats de l'enquête indiquent que la majorité des femmes battues ne se sont pas plaintes (89,5 %) à l'issue des violences subies ; à peine 1,4 % se sont plaintes au tribunal et 9,1 % auprès d'un notable soit seulement 10,5 % de femmes qui se sont plaintes. Les femmes du milieu rural se sont plaintes un peu plus (12,8 %) principalement auprès de notable (11,7 %), que celles du milieu urbain (7,2 %). La facilité de contact avec les notables en milieu rural contrairement au milieu urbain pourrait-elle expliquer cette différence d'attitude en matière de réaction des femmes battues ? Parmi celles qui ont déposé une plainte à l'issue de violence corporelle subie, 71,7 % ont déclaré avoir obtenu justice («gagné le procès»)¹. Paradoxalement, les femmes du milieu rural (75,9 %) ont le plus « gagné le procès » par rapport aux plaignantes du milieu urbain (61 %). Il y a plus de cas de retrait de plainte en milieu urbain (13,4 % dont 20,7 % à Bangui) par rapport au milieu rural (5,3 %).

Les préfectures dans lesquelles la fréquence de violence corporelle sur les femmes est un peu plus élevée sont celles de l'Est du pays : Basse-Kotto (58,6 %), Mbomou (55,1 %),

¹ « Gagner un procès » auprès des juges coutumiers ou autres, signifie tout simplement avoir eu raison face à son mari ou parents, avoir eu réparation morale, avoir eu gain de cause...

Tableau 11.4 : Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans en union ayant subi une violence corporelle et ayant déposé une plainte par caractéristiques socio-culturelles de leurs conjoints, RCA, MICS 2000.

Caractéristiques du mari /conjoint de la femme	Femmes en union ayant subi au moins une violence corporelle	Dépôt d'une plainte ou pas			Résultat de la plainte					Effectif des femmes en union
		Tri-bunal	No-table	Aucune plainte	Procès gagné	Procès échoué	Retrait de la plainte	Décisionnon encore rendue	Autre	
Niveau d'instruction du mari										
Aucun	41,0	0,6	11,7	87,7	78,2	8,7	7,3	4,1	1,7	3432
Primaire	50,0	1,3	11,6	87,1	73,9	14,8	7,4	2,5	1,4	4532
Secondaire +	50,6	1,5	7,0	91,5	64,5	18,4	10,8	4,8	1,6	3391
Religion du mari										
Catholique	50,6	1,2	10,9	87,9	77,4	11,6	5,2	4,5	1,3	3451
Protestante	49,8	1,0	10,5	88,5	72,2	14,0	9,1	2,8	1,9	6072
Musulmane	29,9	2,3	5,6	92,1	66,3	17,2	11,6	4,9	0,0	1555
Animiste	56,2	1,9	6,3	91,7	44,0	27,6	28,4	0,0	0,0	155
Autre	46,5	2,1	7,9	90,0	61,4	29,0	9,6	0,0	0,0	181
Groupe ethnique du mari										
Haoussa	23,2	4,2	4,0	91,8	54,6	13,8	24,1	7,5	0,0	1033
Sara	44,7	2,5	6,3	91,2	52,9	14,8	18,2	14,1	0,0	772
Mboum	42,7	0,0	9,9	90,1	76,8	23,2	0,0	0,0	0,0	587
Gbaya	43,9	0,8	5,0	94,2	62,6	20,9	12,9	1,9	1,8	3247
Mandja	51,7	1,5	9,4	89,2	71,5	10,3	10,4	4,8	2,9	1231
Banda	57,8	0,7	18,4	80,8	83,3	11,0	2,8	1,9	1,0	2489
Ngbaka-Bantou	51,9	0,9	5,3	93,8	58,7	15,8	12,1	7,8	5,6	767
Yakoma-Sango	51,9	0,6	8,3	91,1	50,0	22,3	16,3	5,7	0,0	605
Zandé-Nzakara	56,9	2,9	15,7	81,4	72,9	10,6	12,5	4,0	0,0	394
Autre	46,3	1,5	8,5	90,0	75,9	18,7	5,4	0,0	0,0	302
Ensemble RCA Femmes en union	47,4	1,2	10,1	88,7	72,9	13,9	8,2	3,5	1,4	11426

11.1.2 Auteur de la violence corporelle et fréquence

D'après le tableau 11.5, 76,7 % des femmes victimes ont cité leur mari et 20,6 % ont cité leurs parents. En milieu rural, 81 % des maris sont auteur de la violence corporelle sur leurs femmes par rapport au milieu urbain où les maris ne représentent que 70,6 %. Par contre, en milieu urbain, 26 % des parents sont auteur de violence sur leurs filles contre seulement 16,8 % en milieu rural.

Dans l'ensemble, 31 % de femmes ayant été victimes de violence corporelle ont déclaré avoir été battues au moins une fois au cours du mois tandis que 61,4 % ont déclaré avoir été battues au moins une fois au cours de l'année. Il n'existe pas de différence concernant la fréquence de la violence entre le milieu urbain et le milieu rural.

Les violences corporelles infligées par les maris sont plus répandues dans les préfectures du Bamingui-Bangoran (85,3 %), de Nana-Mambéré (85,1 %) et de Mambéré-Kadéï (83,3 %) ; par contre les violences corporelles de la part des parents sont plus pratiquées dans l'Ombella-Mpoko (27,2 %), le Mbomou (24,1 %) et Bangui (26,9 %). Le nombre plus élevé de violence corporelle (3 fois ou plus) est observé davantage dans la Kémo (25,2 %), le Bamingui-Bangoran (24,2 %), la Lobaye (22,6 %) et l'Ouham (22,3 %).

L'auteur de la violence corporelle sur la femme varie selon l'âge des victimes : les filles âgées de 15-19 ans subissent plus de violence corporelle de la part de leurs parents. Par contre à partir de 20 ans, les femmes sont plus battues par leurs maris (cf. tableau 11.7). La fréquence de violence corporelle est plus élevée chez les jeunes femmes (20,9 % pour 3 fois ou plus) et décroît au fur et à mesure que l'âge de celles-ci avance. L'auteur de la violence varie également selon le niveau d'instruction de la femme : celles qui n'ont jamais été à l'école sont plus battues par leur mari (83,1 %) ; par contre les femmes ayant le niveau secondaire l'ont été un peu plus par les parents.

Selon la religion, il y a un peu plus de femmes de religion musulmane victimes de violence corporelle de la part de leurs parents (24,4 %). Selon le groupe ethnique, les femmes appartenant au groupe ethnique Haoussa (29,6 %), Sara (28,1 %), Yakoma-Sango (28 %) subissent plus de violence corporelle de la part de leurs parents que les femmes appartenant à d'autres groupes ethniques.

Tableau 11.7 : Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans ayant subi une violence corporelle selon l'auteur de la violence, le nombre de fois et la période, par caractéristiques socio-culturelles de la femme, RCA, MICS 2000.

Caractéristiques de la femme	Ampleur de la violence	Auteur de la violence			Nombre de fois				Quand la violence a eu lieu		
		Mari	Parent	Tierce personne	1 fois	2 fois	3 fois ou plus	NSP/ND	Semaine	Mois	Année
Groupe d'âges											
15-19 ans	43,3	38,8	58,6	2,9	33,1	18,9	20,9	27,1	12,6	42,4	44,5
20-24 ans	44,7	76,4	20,6	2,9	36,1	16,0	18,8	29,1	9,2	37,8	52,8
25-29 ans	48,0	88,3	9,6	2,0	32,9	14,2	18,9	34,0	6,3	32,3	61,2
30-34 ans	47,0	91,1	6,6	2,3	29,6	16,9	15,8	37,7	5,2	25,6	68,9
35-39 ans	46,2	90,2	6,9	2,7	27,2	13,3	16,5	43,0	4,8	22,8	72,2
40-44 ans	44,4	92,2	5,3	2,4	19,8	14,1	13,8	52,3	2,8	17,6	79,5
45-49 ans	42,5	91,0	4,5	4,5	21,5	13,8	10,8	53,9	2,2	12,2	85,6
Niveau d'instruction de la femme											
Aucun	43,3	83,1	14,6	2,3	27,4	17,1	18,2	37,2	6,8	29,6	63,6
Primaire	49,4	70,2	26,7	2,9	34,6	14,8	16,8	33,8	8,4	32,7	58,9
Secondaire +	44,7	69,2	27,5	3,3	33,1	13,3	17,6	35,9	6,2	32,0	61,8
Etat matrimonial											
Marié/en union	47,2	90,0	8,0	1,9	30,9	16,2	17,6	35,3	6,9	31,1	45,7
Veuve	36,5	81,1	14,7	4,2	18,5	3,6	9,4	68,5	2,4	9,1	39,1
Divorcée	42,7	68,3	23,7	8,0	28,2	13,0	16,1	42,7	1,8	26,2	62,0
Séparée	42,8	71,7	25,3	2,8	33,0	15,4	17,9	33,8	7,2	31,7	88,5
Célibataire	41,0	0,0	88,3	11,7	32,6	17,2	19,8	30,4	12,3	36,6	72,0
Religion de la femme											
Catholique	48,6	75,2	22,0	2,8	31,4	16,3	17,8	34,4	7,4	32,5	59,7
Protestante	47,2	78,1	19,2	2,6	30,3	15,5	18,4	35,8	7,4	30,6	62,0
Musulmane	29,0	73,3	24,4	2,3	30,7	15,2	11,4	42,7	6,0	25,4	68,5
Animiste	31,5	86,8	13,2	0,0	32,2	26,6	14,2	27,0	7,7	33,0	59,3
Autre	35,1	71,7	25,7	2,6	23,2	12,0	22,7	42,1	10,6	23,5	65,9
Groupe ethnique											
Haoussa	24,1	67,9	29,6	2,5	26,6	16,4	14,9	42,2	5,7	26,3	68,0
Sara	39,8	68,6	28,1	3,2	33,7	18,9	18,3	29,1	8,3	30,3	61,4
Mboum	44,4	79,0	17,7	3,3	31,1	12,4	19,5	37,0	6,0	27,2	66,8
Gbaya	41,9	81,0	16,8	2,0	29,2	15,4	16,6	38,9	8,1	30,7	61,3
Mandja	47,9	75,2	22,4	2,4	31,3	14,7	21,7	32,2	3,4	30,4	60,2
Banda	55,7	79,0	18,2	2,8	31,0	15,4	16,7	37,0	6,8	33,1	60,1
Ngbaka-Bantou	49,1	77,9	19,9	2,1	29,7	18,3	22,8	29,2	6,8	32,0	61,2
Yakoma-Sango	47,7	68,9	28,6	2,5	31,6	16,2	17,9	34,3	6,3	33,7	39,9
Zandé-Nzakara	53,9	71,0	23,7	5,3	34,2	17,9	14,4	33,5	4,6	28,6	66,7
Autre	37,4	72,2	23,3	4,5	31,5	15,0	10,1	43,4	6,7	24,5	68,7
Ensemble RCA	45,4	76,7	20,5	2,6	30,7	15,8	17,7	35,8	7,3	31,0	61,7

D'après le tableau 11.8, les auteurs de violence corporelle varient très peu selon le niveau d'instruction ou la religion du mari quand bien même les parents musulmans ont tendance à battre un peu plus leurs femmes.

L'ampleur de la violence morale sur les femmes en union varie selon les caractéristiques de leur conjoint conformément au schéma de variation selon les caractéristiques des femmes (cf. tableau 11.12).

Tableau 11.12 : Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans ayant subi une violence morale et ayant déposé une plainte par caractéristiques socio-culturelles de leurs conjoints, RCA, MICS 2000

Caractéristiques du mari/conjoint de la femme	Femmes en union ayant subi au moins une violence morale	Dépôt d'une plainte ou pas			Résultat de la plainte					Effectif des femmes En union
		Tribunal	Notable	Aucune plainte	Procès gagné	Procès échoué	Retrait de la plainte	Décision non encore rendue	Autre	
Niveau d'instruction du mari de la femme										
Aucun	45,7	0,5	3,5	96,1	59,8	12,5	7,7	12,1	7,9	3432
Primaire	52,1	0,4	4,1	95,5	56,8	18,9	8,7	12,8	2,7	4532
Secondaire +	55,8	0,6	2,2	97,2	63,1	11,3	11,7	12,3	1,6	3391
Religion du mari										
Catholique	54,0	0,3	3,2	96,5	51,5	22,6	7,3	14,3	4,2	3451
Protestante	53,4	0,5	3,5	96,0	60,0	12,6	11,8	13,0	2,6	6072
Musulmane	36,9	1,0	2,5	96,5	66,9	13,6	1,2	5,1	13,2	1555
Animiste	55,5	0,0	0,5	99,5	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	155
Autre	38,3	0,0	5,3	94,7	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	181
Groupe ethnique du mari										
Haoussa	31,7	1,2	2,6	96,2	73,6	20,2	0,0	6,2	0,0	1033
Sara	47,1	1,2	1,4	97,4	25,9	6,2	3,2	62,3	2,4	772
Mboum	53,6	0,9	5,2	94,0	36,7	35,5	0,0	27,8	0,0	587
Gbaya	47,4	0,2	2,2	97,7	67,0	13,2	10,9	8,9	0,0	3247
Mandja	55,1	0,7	2,9	96,5	46,5	19,2	25,8	4,6	3,9	1231
Banda	59,6	0,4	5,1	94,6	67,4	13,9	5,8	10,3	2,6	2489
Ngbaka-Bantou	55,9	0,1	1,3	98,6	58,2	0,0	36,3	5,5	0,0	767
Yakoma-Sango	55,2	0,2	1,5	98,4	52,4	0,0	32,3	0,0	15,3	605
Zandé-Nzakara	59,8	0,4	6,3	93,4	52,9	18,9	0,0	17,1	11,2	394
Autre	47,1	1,6	3,1	95,3	56,0	9,0	0,0	4,5	30,5	302
Ensemble RCA	51,2	0,5	3,2	96,3	58,5	15,5	9,2	12,6	4,2	11426
Femmes en union										

11.3 VIOL

Est considéré comme un viol, un acte sexuel qui a eu lieu sans le consentement de l'un des deux partenaires et qui donne lieu à une sensation de frustration et d'indignation chez la victime en l'occurrence la femme.

Le viol ainsi que le harcèlement sexuel sont des notions moins familières aux habitudes, pratiques et valeurs locales. Ces actes qui constituent une violation des droits de la femme sont proscrits par la CEDEF adoptée par le pays. L'article 5 de ladite convention dispose : *<Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour : a) modifier les schémas et modèles de comportement socioculturel de l'homme et de la femme en vue de parvenir à l'élimination des préjugés et des pratiques coutumières, ou de tout autre type, qui sont fondés sur l'idée de l'infériorité ou de la supériorité de l'un ou l'autre sexe ou d'un rôle stéréotypé des hommes et des femmes ; >*

11.3.1 Ampleur de viol et cas de plainte

Le tableau 11.13 montre que 32,2 % de femmes interviewées ont déclaré avoir été violées. Les femmes du milieu rural (37,4 %) semblent être plus victimes de viol que celles du milieu urbain (25,5%). Les viols sur les femmes sont plus fréquents dans les préfectures de la Lobaye (47,9 %), du Mbomou (47,4 %), de l'Ouham (46,4 %), de la Haute-Kotto (42,1 %) et de la Basse-Kotto (41,5 %) que dans les autres préfectures avec des fréquences plus faibles observées dans le Haut-Mbomou (15,9 %), dans l'Ouham-Pendé (19,9 %), à Bangui (20,8 %) et Ombella-Mpoko (22,2 %).

Les résultats de l'enquête indiquent que très peu de femmes victimes de viol se sont plaintes soit au Tribunal (0,5 %) soit auprès de notable (2,9 %) même dans la capitale

Bangui. C'est dans les préfectures du Haut-Mbomou (8,1 %) et de la Kémo (7,9 %) que les femmes violées se plaignent le plus.

Tableau 11.13 : Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans ayant subi un viol et ayant déposé une plainte par préfecture et milieu de résidence, RCA, MICS 2000.

Préfecture et milieu de résidence	Femmes ayant subi au moins un viol sexuel	Dépôt d'une plainte ou pas			Résultat de la plainte					Effectif des femmes
		Tribunal	No-table	Aucune Plainte	Procès gagné	Procès échoué	Retrait de la plainte	Décision non encore rendue	Autre	
Préfecture										
Ombella-Mpoko	22,6	2,6	4,4	91,3	36,5	0,0	15,4	28,0	20,0	1623
Kémo	36,7	1,0	7,9	91,2	58,6	9,7	2,4	29,3	0,0	503
Nana-Grébizi	38,6	0,6	2,0	97,3	81,5	0,0	14,4	4,1	0,0	509
Lobaye	47,9	0,7	1,1	98,2	29,2	8,6	62,2	0,0	0,0	1084
Mambéré Kadéï	30,3	0,1	1,1	97,9	33,4	22,7	0,0	0,0	43,9	1898
Sangha-Mbaéré	37,2	0,3	1,1	98,6	62,4	37,6	0,0	0,0	0,0	423
Nana-Mambéré	37,9	0,0	1,9	98,1	63,4	14,5	10,0	12,1	0,0	816
Ouham	46,4	0,3	5,6	94,1	86,0	9,1	0,0	4,9	0,0	1233
Ouham-Péndé	19,9	0,8	1,8	97,4	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1726
Ouaka	42,0	0,4	2,4	97,2	75,0	4,1	20,9	0,0	0,0	1145
Bamingui	31,4	0,0	1,0	99,0	29,4	39,7	30,9	0,0	0,0	156
Bangoran	42,1	1,8	2,2	96,0	79,0	0,0	16,2	4,7	0,0	323
Haute-Kotto	28,2	0,0	3,7	96,3	41,9	29,1	29,0	0,0	0,0	208
Vakaga	47,4	0,2	4,9	94,9	51,7	33,9	9,0	5,4	0,0	806
Mbomou	41,5	0,3	3,7	95,9	73,6	5,0	9,8	8,4	3,2	1030
Basse-Kotto	15,9	0,0	8,1	91,9	66,3	0,0	19,4	14,3	0,0	264
Haut-M'Bomou	20,8	0,2	1,3	97,7	48,1	0,0	0,0	0,0	51,9	3229
Bangui										
Milieu de résidence	25,5	0,7	2,1	96,5	48,9	3,7	11,3	13,1	23,0	7378
Urbain	37,4	0,4	3,3	96,2	65,6	12,2	10,8	8,0	3,4	9598
Rural	32,2	0,5	2,9	96,3	60,4	9,6	11,0	9,6	9,4	16976
Ensemble RCA										

Sur le plan régional, les viols sur les femmes sont un peu plus fréquents dans les RA6 (40,5 %) et RA4 (40 %) comme l'indiquent le tableau 11.14.

Tableau 11.14 : Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans ayant subi un viol sexuel et ayant déposé une plainte par région, RCA, MICS 2000.

Région	Femmes ayant subi au moins un viol sexuel	Dépôt d'une plainte ou pas			Résultat de la plainte					Effectif des femmes
		Tribunal	No-table	Aucune Plainte	Procès gagné	Procès échoué	Retrait de la plainte	Décision non encore rendue	Autre	
Région Administrative	32,7	1,5	2,4	95,3	34,6	2,2	27,6	20,8	14,8	2706
RA 1	33,2	0,1	1,3	98,0	47,4	21,6	3,5	4,2	23,3	3137
RA 2	30,9	0,5	4,2	95,3	89,0	7,2	0,0	3,9	0,0	2959
RA 3	40,0	0,6	3,5	95,9	68,4	6,1	11,5	14,0	0,0	2158
RA 4	35,5	1,0	2,3	96,7	64,4	11,5	21,0	3,0	0,0	687
RA 5	40,5	0,3	4,5	95,3	62,0	19,1	10,2	7,4	1,3	2100
RA 6	20,8	0,2	1,3	97,7	48,1	0,0	0,0	0,0	51,9	3229
Bangui										
Région Sanitaire	34,1	1,3	3,2	95,0	44,1	4,0	20,2	21,7	10,0	3719
RS 1	33,2	0,1	1,3	98,0	47,4	21,6	3,5	4,2	23,3	3137
RS 2	30,9	0,5	4,2	95,3	89,0	7,2	0,0	3,9	0,0	2959
RS 3	39,6	0,6	2,4	97,0	71,3	6,7	20,9	1,1	0,0	1832
RS 4	40,5	0,3	4,5	95,3	62,0	19,1	10,2	7,4	1,5	2100
RS 5	32,2	0,5	2,9	96,3	60,4	9,6	11,0	9,6	9,4	16943
Ensemble RCA										

NB : procès gagné signifie justice faite.

D'après les données du tableau 11.15, les femmes âgées de 25-29 ans et 35-39 ans (37,1 %), les femmes qui n'ont jamais été à l'école (34,1 %), les femmes séparées (37,8 %) ou en union (36,4 %), les femmes de religion protestante (34,5 %), les femmes Banda (37,4 %) et Mandja (35 %) sont plus victimes de viol que les femmes appartenant à d'autres catégories socio-culturelles.

11.3.2 Auteur de viol et fréquence de viols

D'après les résultats contenus dans le tableau 11.17, la majorité des femmes enquêtées (89 %) ont déclaré avoir été victimes de viol de la part de leur mari et de façon quasi identique en milieu urbain (87,3 %) et en milieu rural (89,9 %). Les maris sont un peu plus auteurs de viol dans la Mambéré-Kadéï (95,6 %) et la Sangha-Mbaéré (95,2 %) que dans d'autres préfectures. Par contre, les cas de viol pratiqués par une tierce personne sont un peu plus répandus dans les préfectures du Haut-Mbomou (20,8 %), de Kémo (19,1 %) et de l'Ouham (17 %).

Avec l'expansion de la pandémie du VIH/SIDA, ces cas de viol par les tierces personnes, sont inquiétants.

S'agissant de la fréquence de viols, 35,6 % des femmes affirment avoir subi le viol 3 fois ou plus et 22,4 % ont mentionné 2 fois, soit en tout environ 6 femmes sur 10 qui ont été victimes de viol au moins 2 fois. La préfecture de l'Ouham enregistre le pourcentage le plus élevé de multiples cas de viol vécu par les femmes soit presque le double du taux national (60,6 %) pour les cas de 3 fois ou plus. La préfecture de Kémo arrive en seconde position avec 54,6 % de triples cas voire plus de viol par femme.

Les femmes interrogées déclarent à 37,9 % avoir subi le viol la dernière fois au courant du mois précédent l'enquête et 26 % l'ont vécu au courant de la semaine précédant le passage de l'enquêtrice. Les viols les plus récents sont enregistrés dans les préfectures de la Lobaye (54,7 %) et du Mbomou (42,6 %).

Tableau 11.17 : Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans ayant subi un viol sexuel selon l'auteur du viol, le nombre de fois et la période, par préfecture et milieu de résidence, RCA, MICS 2000.

Préfecture et milieu de résidence	Femmes ayant subi au moins un viol	Auteur du viol			Nombre de fois				Quand le viol a eu lieu		
		Mari	Parent	Tiers	1 fois	2 fois	3 fois ou plus	NSP/ND	Semaine	Mois	Année
Préfecture											
Ombella-Mpoko	22,6	83,9	1,7	12,9	20,6	17,5	32,9	29,0	23,8	33,6	42,6
Kémo	36,7	79,5	1,3	19,1	16,8	16,4	54,6	12,2	35,2	39,5	25,3
Nana-Grébizi	38,6	91,2	0,4	8,4	15,4	21,2	32,4	30,9	31,5	53,4	15,1
Lobaye	47,9	93,3	1,1	5,4	27,3	28,0	26,5	18,2	54,7	32,8	12,5
Mambéré Kadéï	30,3	95,6	0,7	3,7	24,8	25,9	34,6	14,7	40,7	35,7	23,6
Sangha-Mbaéré	37,2	95,2	0,6	4,2	23,5	27,9	31,4	17,2	31,5	38,0	30,5
Nana-Mambéré	37,9	90,7	0,2	9,1	21,8	15,4	33,1	29,8	38,9	42,4	18,7
Ouham	46,4	82,5	0,6	17,0	14,9	13,0	60,6	11,5	41,3	45,7	13,1
Ouham-Péndé	19,9	87,7	0,7	11,6	28,1	21,5	32,3	18,1	26,5	42,1	31,3
Ouaka	42,0	92,6	0,4	7,0	18,0	17,2	40,5	24,3	41,6	44,6	13,8
Bamingui-	31,4	85,0	1,2	13,8	16,2	38,0	39,8	6,0	33,2	47,4	19,4
Bangoran	42,1	90,7	1,0	8,1	17,7	27,7	34,0	20,6	32,5	35,2	32,3
Haute-Kotto	28,2	81,1	5,0	13,9	23,1	27,9	38,6	10,5	20,9	50,0	29,0
Vakaga	47,4	87,7	0,2	12,1	14,2	18,9	35,1	31,9	38,8	44,5	16,7
Mbomou	41,5	90,2	0,8	9,1	23,5	17,4	35,3	23,8	42,6	39,0	18,4
Basse-Kotto	15,9	79,2	0,0	20,8	29,5	18,3	24,3	27,8	17,0	46,7	36,3
Haut-M' Bomou	20,8	87,3	1,5	10,5	18,0	16,5	23,7	41,8	28,6	38,9	32,6
Bangui											
Milieu	25,5	87,3	1,3	10,9	20,0	17,2	34,2	28,5	33,4	40,1	26,5
résidence	37,4	89,9	0,6	9,4	20,9	21,3	36,9	20,8	39,0	40,4	20,5
Urbain	32,2	89,0	0,9	8,2	12,3	22,4	35,6	29,7	26,0	37,9	36,1
Rural											
Ensemble RCA											

D'après le tableau 11.18, l'ampleur de viol est plus élevée dans les RA6 (40,5 %), RA4 (40 %) et faible à Bangui (20,8 %).

Tableau 11.18 : Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans ayant subi un viol sexuel selon l'auteur du viol, le nombre de fois et la période, par région, RCA, MICS 2000.

Région	Femmes ayant subi au moins un viol sexuel	Auteur du viol			Nombre de fois				Quand le viol a eu lieu		
		Mari	Parent	Tiers	1 fois	2 fois	3 fois ou plus	NSP/ND	Semaine	Mois	Année
Région Administrative											
RA 1	32,7	89,4	1,3	8,5	24,5	23,6	29,2	22,7	41,8	33,1	25,2
RA 2	33,2	94,1	0,5	5,4	23,7	23,1	33,7	19,4	38,8	38,0	23,2
RA 3	30,9	84,5	0,6	14,9	19,8	16,2	50,0	14,0	35,7	44,3	19,9
RA 4	40,0	89,5	0,6	9,9	17,2	17,9	41,7	23,2	37,9	45,5	16,6
RA 5	35,5	87,3	2,0	10,6	18,7	29,8	36,3	15,2	29,9	41,2	28,9
RA 6	40,5	88,5	0,5	11,0	19,6	18,1	34,7	27,6	39,6	41,9	18,5
Bangui	20,8	87,3	1,5	10,5	18,0	16,5	23,7	41,8	28,6	38,9	32,6
Région Sanitaire											
RS 1	34,1	88,2	1,2	10,1	22,0	19,0	33,4	22,5	39,2	37,2	23,6
RS 2	33,2	94,1	0,5	5,4	23,7	19,6	33,7	19,4	38,8	38,0	23,2
RS 3	30,9	84,5	0,6	14,9	19,8	19,2	50,0	14,0	35,7	44,3	19,9
RS 4	39,6	90,8	1,0	8,2	18,3	21,0	39,1	21,2	37,7	43,4	18,9
RS 5	40,5	88,5	0,5	11,0	19,6	21,1	34,7	27,6	39,6	41,9	18,5
Ensemble RCA	32,2	89,0	0,9	10,0	20,6	19,9	35,9	23,5	37,1	40,3	22,6

D'après le tableau 11.19, l'auteur de viol varie selon les caractéristiques de la femme : le viol par une tierce personne semble un peu plus fréquente parmi les jeunes filles adolescentes âgées de moins de 20 ans, par contre les maris sont auteur de viol pour la plupart des cas sur les femmes âgées de 40-44 ans (94,5 %). L'auteur de viol varie très peu selon le niveau d'instruction de la femme ; par contre, cela varie selon l'état matrimonial de la femme : les femmes en union sont ou ont été victimes de viol beaucoup plus de la part de leur conjoint (94,9 %) de même que celles séparées (87,6 %), tandis que celles qui sont célibataires subissent le viol à 59 % de la part d'une tierce personne ce qui est le cas pour le 1/3 des femmes divorcées (31 %).

Sur le plan religieux, l'auteur de viol varie très peu : néanmoins, il se dégage qu'il y a environ 11 % de cas de viol par une tierce personne enregistrée principalement par les femmes chrétiennes contre 5,4 % parmi les femmes musulmanes (cf. tableau 11.19). Selon le groupe ethnique, le viol par une tierce est plus vécu par les femmes appartenant aux groupes ethniques Sara (16,2 %), Mandja (14,2 %) et Zandé-Nzakara (12,8 %).

La fréquence la plus élevée de viol (3 fois ou plus) est enregistrée parmi les femmes âgées de 25-29 ans (38,4 %), celles qui n'ont jamais été à l'école (36,8 %), celles qui sont en union (38,1 %), les femmes de religion protestante (37,1 %), les femmes appartenant au groupe ethnique Mandja (43,3 %) et Mboum (39,2 %). Les viols perpétrés par les parents sont un peu plus élevés parmi les femmes Haoussa.

Caractéristiques du mari de la femme	Femmes en union ayant subi au moins un viol sexuel	Auteur du viol			Nombre de fois				Quand le viol a eu lieu		
		Mari	Parent	Tiers	1 fois	2 fois	3 fois ou plus	NSP/ND	Semaine	Mois	Année
Zandé-Nzakara	28,8	92,0	1,6	6,5	18,7	14,8	29,6	36,9	32,9	39,0	28,1
Autre	36,5	95,1	0,5	4,3	19,5	20,8	38,0	21,7	42,3	39,7	17,6
Ensemble RCA Femmes en union											

11.4 HARCELEMENT SEXUEL

Il est difficile dans le contexte centrafricain de faire admettre la notion de harcèlement sexuel aux hommes voire aux femmes. Il s'agit d'un concept principalement occidental. Il fait allusion au problème d'abus de pouvoir ou d'abus d'autorité dans le cadre de relations sexuelles en violation de droit de liberté individuelle (cf. article 5a de la Convention CEDEF).

Au cours de l'enquête MICS 2000, la question suivante a été posée par l'enquêtrice à chaque femme âgée de 15 à 49 ans <*avez-vous été victime d'un harcèlement sexuel à votre lieu de service ou quelque part*> En tout, 14 % des femmes ont déclaré avoir été victime de harcèlement sexuel ; les femmes du milieu rural sont un peu plus touchées (16,5 %) que celles du milieu urbain (11 %). Les cas de harcèlement sexuel sont un peu plus fréquents dans les préfectures de Nana-Mambéré (26,4 %), de la Ouaka (24,8 %), de la Kémo (20,7 %), de la Lobaye (20,2 %) et de l'Ouham (18,7 %).

Très peu de femmes se sont plaintes du harcèlement sexuel qu'elles ont vécu (8,9 %). Les cas de plaintes sont plus observés dans les préfectures de Bamingui-Bangoran (20,4 %), de l'Ouham-Pendé (15,8 %), de la Kémo (15,8 %) et de la Ouaka (15,2 %).

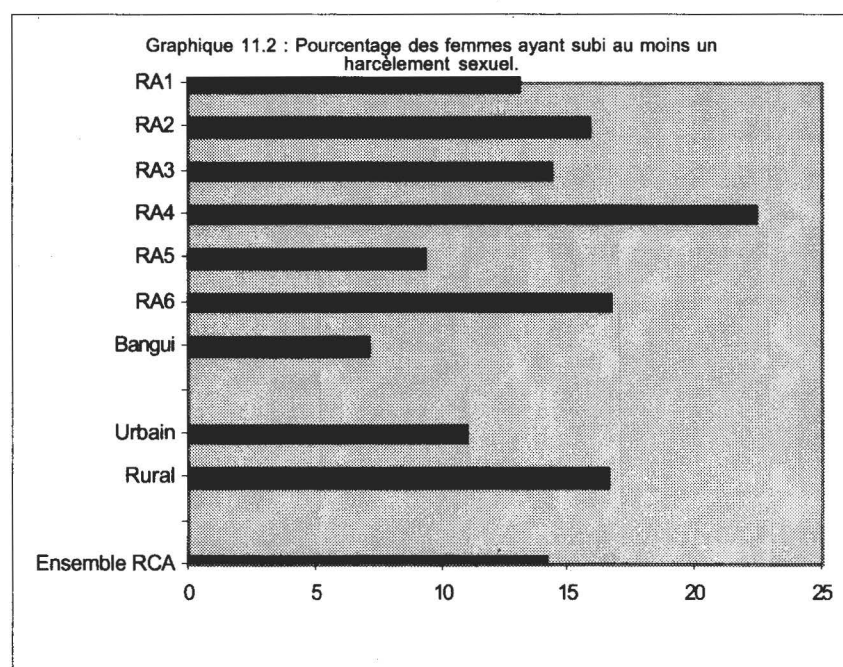
Tableau 11.21 : Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans ayant subi un harcèlement sexuel et ayant déposé une plainte par préfecture et milieu de résidence, RCA, MICS 2000.

Préfecture et milieu de résidence	Femmes ayant subi au moins un harcèlement sexuel	Dépôt d'une plainte OUI	Résultat de la plainte					Effectif des femmes
			Procès gagné	Procès échoué	Retrait de la plainte	Décision non encore rendue	Autre	
Préfecture								
Ombella-Mpoko	8,4	5,9	17,3	4,2	2,1	1,9	74,4	1623
Kémo	20,7	15,8	43,1	11,9	5,4	39,6	0,0	503
Nana-Grébizi	18,6	6,3	66,3	7,0	1,7	1,7	23,4	509
Lobaye	20,2	3,4	43,6	9,5	15,0	1,5	22,5	1084
Mambéré Kadéï	11,6	1,8	49,9	0,0	23,0	0,0	27,1	1898
Sangha-Mbaéré	14,1	5,7	57,6	24,1	0,0	0,0	18,3	423
Nana-Mambéré	26,4	5,5	33,6	46,8	14,9	0,0	4,7	816
Ouham	18,7	8,7	19,1	5,5	16,3	59,0	0,0	1233
Ouham-Pendé	11,2	15,8	71,8	0,0	0,0	14,2	21,9	1726
Ouaka	24,8	15,2	72,1	15,2	12,8	0,0	21,4	1145
Bamingui-Bangoran	7,4	20,4	31,3	11,0	17,9	0,0	53,4	156
Haute-Kotto	13,0	3,9	47,4	0,0	16,0	17,9	22,9	323
Vakaga	4,9	9,2	30,4	0,0	16,2	15,2	0,0	208
Mbomou	16,3	6,9	49,6	18,2	9,3	0,0	60,5	806
Basse-Kotto	17,1	15,7	70,4	6,3	16,0	0,0	16,9	1030
Haut-M'Bomou	15,4	2,3	16,0	23,6	0,0	7,3	34,8	264
Bangui	7,1	9,5	37,0	20,7	21,1	0,0	21,3	3229
Milieu de résidence								
Urbain	11,0	8,3	34,0	8,9	10,0	12,9	34,8	7378
Rural	16,5	9,3	57,2	13,2	10,5	9,3	9,8	9598
Ensemble RCA	14,1	8,9	48,0	11,5	10,3	10,5	19,6	16976

La région administrative n°4 enregistre plus de cas de harcèlement sexuel (22,4 %) par rapport aux autres régions. Il y a moins de cas de harcèlement sexuel à Bangui (7 %). Les plaintes sont effectuées un peu plus dans les RA4 (13,6 %), RA3 (12 %) et RA6 (10,7 %).

Tableau 11.22 : Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans ayant subi un harcèlement sexuel et ayant déposé une plainte par région, RCA, MICS 2000.

Région	Femmes ayant subi au moins un harcèlement sexuel	Dépôt d'une plainte OUI	Résultat de la plainte					Effectif des femmes
			Procès gagné	Procès échoué	Retrait de la plainte	Décision non encore rendue	Autre	
Région Administrative								
RA 1	13,1	4,5	23,9	5,5	5,4	3,8	61,4	1623
RA 2	15,8	3,8	40,4	33,7	14,6	0,0	11,4	503
RA 3	14,3	12,0	52,2	2,0	6,1	30,9	8,8	509
RA 4	22,4	13,6	64,4	13,4	9,7	9,8	2,7	1084
RA 5	9,3	7,9	36,3	4,4	16,8	12,1	3,3	1898
RA 6	16,6	10,7	59,8	11,1	12,7	4,6	18,9	423
Bangui	7,1	9,5	37,0	20,7	21,1	0,0	21,4	816
Région Sanitaire								
RS 1	14,9	6,8	32,4	7,1	5,0	11,3	44,2	1145
RS 2	15,8	3,8	40,4	33,7	14,6	0,0	11,4	156
RS 3	14,3	12,0	52,2	2,0	6,1	30,9	8,8	323
RS 4	19,0	13,8	66,5	13,5	13,4	1,9	4,7	208
RS 5	16,6	10,7	59,8	11,1	12,7	4,6	18,9	806
Ensemble RCA	14,1	8,9	48,0	11,5	10,3	10,5	19,6	16976



Le pourcentage des femmes ayant été victimes de harcèlement sexuel est faible parmi les femmes célibataires (6,9 %), les femmes musulmanes (8,3 %), les femmes Haoussa (7 %) et Sara (8,1 %). La prévalence de harcèlement sexuel varie très peu selon l'âge et le niveau d'instruction de la femme.

Les cas de plaintes sont observés un peu plus parmi les femmes ayant les caractéristiques socio-culturelles suivantes : femmes âgées de 30-39 ans, femmes célibataires ou divorcées, femmes animistes (9,9 %), femmes Yakoma-Sango (13,2 %), Mandja (12,6 %) et Mboum (10,4 %).

11.6 PRATIQUE DE L'EXCISION

L'excision est l'une des pratiques néfastes à la santé et à l'épanouissement harmonieux de la femme. L'excision est définie comme étant « l'ablation d'une partie ou de la totalité des organes génitaux externes de la femme ». Cette pratique liée aux coutumes et traditions est proscrite par la convention pour l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard de la femme en son article 5-a. L'excision est interdite par l'Ordonnance N°66/16 du 22 février 1966 qui abolit la pratique sur toute l'étendue du territoire.

L'enquête MICS offre donc l'opportunité d'apprécier l'applicabilité de ces textes et la préservation du droit à l'intégrité du corps physique et la dignité des femmes en RCA.

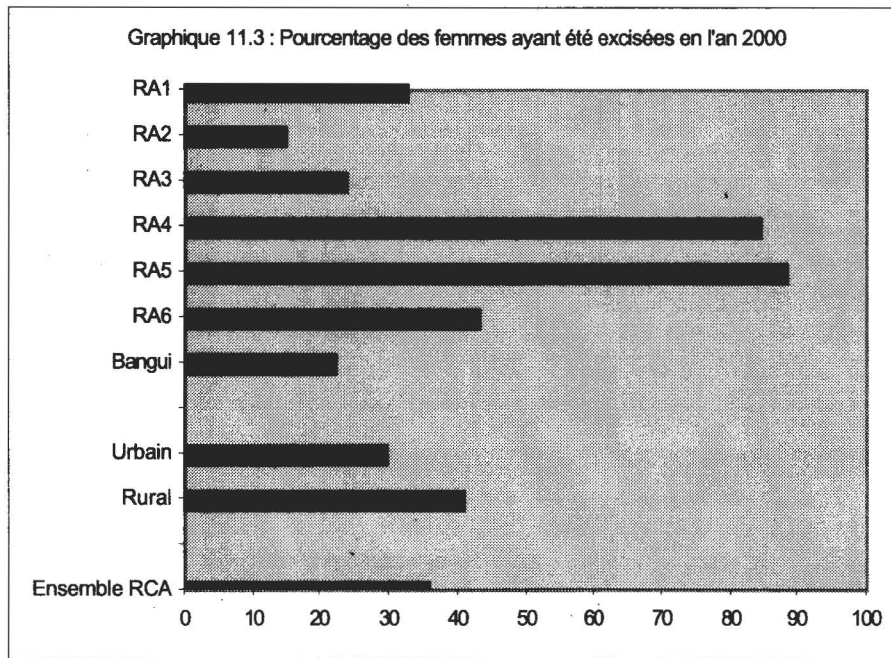
11.6.1 Ampleur de l'excision et perceptions des femmes

L'enquête MICS révèle que 36 % sont excisées en République Centrafricaine. Les femmes vivant en milieu rural sont plus excisées (40,7 %) que celles vivant en milieu urbain (29,6 %). La pratique de l'excision a enregistré une baisse au cours des 5 dernières années : le taux est passé de 43,4 % en 1994/95 (EDS-RCA) à 35,9 % en l'an 2000.

Les préfectures dans lesquelles la pratique de l'excision est la plus répandue sont celles du Bamingui-Bangoran (94,2 %), de Vakaga (89,2 %), de la Haute-Kotto (85,2 %), de la Ouaka (84,6 %), de la Nana-Grébizi (84,5 %), de la Kémo (83,9 %) et de la Basse-Kotto (78,1 %). Le pourcentage des femmes excisées est très faible dans le Haut-Mbomou (3 %), faible dans l'Ouham-Pendé (7,6 %), Nana-Mambéré (8,5 %). Il est de 22 % à Bangui (cf. tableau 11.29).

Il ressort des résultats de l'enquête que très peu de femmes (26,7 %) sont favorables à la pratique de l'excision avec 61,3 % de femmes qui la considèrent comme mauvaise. Aussi, convient-il de souligner qu'à peine 21,6 % de femmes sont favorables à la continuité de l'excision. L'opinion des femmes vis-à-vis de la pratique de l'excision devient de plus en plus négative : le pourcentage des femmes qui souhaitent l'arrêt de la pratique a augmenté de 55,8 % en 1994/95 (EDS-RCA) à 61,3 % en l'an 2000. Ce progrès dans la mauvaise perception de la pratique de l'excision corrobore cette baisse dans la pratique de l'excision.

Cependant, les femmes ont un avis très favorable à la pratique de l'excision dans les préfectures de Vakaga (84,8 %), dans le Bamingui-Bangoran (84,4 %), dans la Ouaka (65,5 %), dans la Haute-Kotto (65,2 %) et la Basse-Kotto (62,1 %). Les femmes optent massivement pour la continuité de la pratique de l'excision dans les mêmes préfectures. Par contre, l'opinion favorable à la poursuite concerne la moitié des femmes de la Ouaka (56,4 %), de la Haute-Kotto (57,8 %) et de Basse-Kotto (51,7 %).



D'après le tableau 11.31, la pratique de l'excision varie selon les caractéristiques socio-culturelles des femmes. La proportion des femmes excisées est plus élevée parmi les femmes des anciennes générations âgées de plus de 35 ans et faible parmi les jeunes. Le taux augmente régulièrement du groupe d'âges 15-19 ans (27,2 %) pour atteindre un maximum au groupe d'âges 45-49 ans (41,9 %). Concernant le niveau d'instruction, les femmes qui n'ont jamais été à l'école sont deux fois plus nombreuses à subir l'excision (41,7 %) que celles qui ont atteint le niveau secondaire ou plus (20 %). La pratique de l'excision varie selon l'état matrimonial de la femme : les femmes en union (39,7 %) et les veuves (39,6 %) présentent des proportions plus importantes de celles qui sont excisées par rapport à celles qui sont célibataires (21,8 %). L'excision est une pratique plus répandue parmi les femmes appartenant aux groupes ethniques Banda (75,3 %) et Mandja (62,1 %). Les faibles proportions sont observées parmi les femmes Mboum (4,9 %), Ngbaka-Bantou (5,5 %), Yakoma-sango (5,7 %) et Zandé-Nzakara (4,7 %). Du point de vue appartenance religieuse, les femmes animistes et les femmes musulmanes sont les plus touchées par la pratique de l'excision (respectivement 45,7 % et 38,9 %).

Tableau 11.31 : Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans excisées en l'an 2000, selon leur perception, par région et ampleur en 1994/95, RCA, MICS 2000.

Caractéristiques de la femme	Femmes excisées en l'an 2000	Excision en 1994/1995	Perception de l'excision				Avis favorable à l'excision	Continuité ou arrêt			Effectif des femmes
			Bonne	Mauvaise	Les deux	NSP		Continuité	Arrêt	NSP	
Groupe d'âges											
15-19 ans	27,2	34,6	20,8	64,8	2,3	12,1	22,3	18,4	62,3	19,3	3771
20-24 ans	33,8	42,7	24,7	62,6	2,5	10,2	26,4	21,3	64,6	14,1	3133
25-29 ans	35,6	44,3	23,8	63,4	2,5	10,3	26,3	21,2	61,5	17,3	2937
30-34 ans	39,9	44,1	27,6	57,7	2,8	11,9	29,2	24,3	57,8	18,0	2594
35-39 ans	43,3	47,5	26,9	59,0	3,4	10,7	29,2	23,3	61,1	15,6	2176
40-44 ans	41,5	51,4	27,2	57,7	4,0	11,1	30,7	24,0	58,2	17,9	1539
45-49 ans	41,9	53,1	25,2	56,1	4,8	13,9	27,4	20,4	60,0	19,6	780
Niveau d'instruction de la femme											
Aucun	41,7	47,8	31,4	51,9	2,8	13,8	33,8	27,7	50,8	21,5	9172
Primaire	33,7	44,9	21,2	65,8	3,2	9,9	23,0	18,2	67,1	14,7	5123
Secondaire +	20,0	22,8	7,9	85,0	2,4	4,7	9,4	6,8	86,0	7,2	2630
Etat matrimonial											
Marîé/en union	39,7	-	27,3	58,4	2,8	11,4	29,4	24,0	58,5	17,4	11579
Veuve	39,6	-	22,7	62,7	4,2	10,4	26,6	19,7	65,6	14,7	518
Divorcée	34,1	-	20,9	63,4	4,5	11,2	23,2	18,9	65,6	15,5	979
Séparée	28,0	-	18,2	69,8	2,9	9,2	19,9	14,6	69,0	16,4	1489
Célibataire	21,8	-	17,2	68,9	2,1	11,7	18,9	15,1	67,1	17,8	2346
Groupe ethnique											
Haoussa	28,3	42,0	24,3	57,4	1,4	16,8	25,7	23,1	49,6	27,3	1282
Sara	36,6	35,8	29,0	54,5	3,6	12,9	31,0	28,3	54,3	17,4	1122
Mbomou	4,9	3,1	6,6	67,7	,7	25,0	6,4	6,1	67,8	26,1	814
Gbaya	23,7	31,7	16,3	67,9	3,0	12,8	18,1	13,5	64,9	21,6	4813
Mandja	62,1	71,0	34,5	56,9	3,9	4,7	37,9	27,2	64,1	8,7	1900
Banda	75,3	83,9	52,3	39,0	3,3	5,4	56,1	46,9	46,0	7,1	3547
Ngbaka-Bantou	5,5	5,6	4,0	76,5	3,9	15,6	5,3	4,0	69,3	26,7	1275
Yakoma-Sango	5,7	3,0	3,1	84,3	2,4	10,1	3,2	2,6	83,4	14,0	1075
Zandé-Nzakara	4,7	3,9	3,3	86,4	1,3	8,9	3,7	3,4	80,2	16,4	669
Autre	25,1	51,0	18,2	67,0	1,3	13,5	19,7	14,3	64,6	21,1	428
Religion de la femme											
Catholique	35,0	-	25,2	59,6	3,5	11,7	27,0	21,6	61,0	17,4	5481
Protestante	35,8	-	22,6	64,4	2,7	10,2	24,8	19,4	64,7	15,9	9270
Musulmane	38,9	-	32,2	51,6	1,9	14,3	34,6	31,2	46,4	22,4	1949
Animiste	45,7	-	37,7	49,0	2,0	11,2	41,3	37,6	47,4	15,0	65
Autre	32,1	-	25,7	60,6	1,3	12,4	25,9	22,2	59,8	18,0	176
Ensemble RCA	35,9	43,4	24,6	61,3	2,9	11,2	26,7	21,6	61,3	17,2	16941

11.6.2 Raisons de continuité de la pratique de l'excision

Parmi les 16941 femmes âgées de 15 à 49 ans enquêtées, 3645 ont émis un avis favorable à la continuité de la pratique de l'excision. Les principales raisons évoquées par ces femmes sont les suivantes :

- la coutume et la tradition (58,6 %) ;
- la nécessité d'éviter les insultes (20,9 %) ;
- le souci d'avoir une bonne éducation (8,3 %) ;
- l'honneur féminin (5 %) ;
- pour éviter les humiliations (4,4 %).

La primauté des raisons varie selon les préfectures :

- la préoccupation liée au fait d'éviter les insultes est beaucoup plus évoquée par les femmes vivant dans la Nana-Grébizi (57,1 %), dans la Ouaka (31,8 %) et dans le Mbomou (29,4 %) ;
- l'honneur féminin est plus cité par les femmes de la Nana-Mambéré (13 %) ;
- La raison pour éviter les humiliations est un peu plus évoquée à 8,9 % par les femmes dans l'Ouham et la Haute-Kotto ;
- La bonne éducation est un peu plus mentionnée par les femmes de Nana-Mambéré (23,5 %), de Bangui (19,6 %) et de la Sangha-Mbaéré (16,4 %) ;
- La conformité à la coutume ou tradition est principalement évoquée par les femmes vivant dans les préfectures de Vakaga (81,2 %), de Mambéré-Kadéï (80,1 %), du Bamingui-Bangoran (78,2 %).

Tableau 11.32 : Raisons pour la continuité de l'excision par préfecture et milieu de résidence, RCA, MICS2000.

Préfecture et milieu de résidence	Pourcentage des femmes excisées	Raisons de continuité de l'excision							Effectif des femmes favorables à la poursuite
		Coutume/tradition	Pour éviter insultes	Bonne éducation	Sous contraintes parentales	Honneur féminin	Pour éviter humiliations	Autres	
Préfecture									
Ombella-M'poko	43,0	63,7	10,5	9,0	0,9	9,5	6,1	0,3	337
Kémo	83,9	50,7	25,4	3,3	0,6	1,9	7,6	10,7	229
Nana-Grébizi	84,5	24,4	57,1	6,5	1,7	7,7	1,8	0,8	191
Lobaye	17,0	54,8	25,7	13,4	0,5	0,4	0,8	4,4	127
Mambéré-Kadeï	17,7	80,1	10,3	1,6	0,0	2,5	3,1	2,4	277
Sangha-Mbaéré	13,5	70,1	9,3	16,4	0,0	3,0	1,4	0,0	42
Nana-Mambéré	8,5	45,3	4,5	23,5	2,8	13,0	5,3	5,6	61
Ouham	45,9	49,6	26,5	4,3	0,6	7,9	8,9	2,2	296
Ouham-Pendé	7,6	57,9	19,0	5,2	0,0	0,0	4,2	13,6	127
Ouaka	84,6	47,2	31,8	10,4	0,9	4,9	4,7	0,2	646
Bamingui-Bangoran	94,2	78,2	6,2	5,1	1,4	2,8	5,8	0,4	128
Haute-Kotto	85,2	67,1	16,6	3,5	0,4	2,7	8,9	0,8	186
Vakaga	89,2	81,2	3,7	4,6	0,4	7,0	2,8	0,3	169
Mbomou	11,6	57,0	29,4	7,6	0,0	1,1	4,9	0,0	53
Basse-Kotto	78,1	61,6	20,4	9,4	1,6	5,1	1,8	0,2	532
Haut-Mbomou	3,0	77,0	11,3	11,7	0,0	0,0	0,0	0,0	8
Bangui	22,0	67,4	5,7	19,6	1,0	5,1	1,2	0,0	239
Milieu de résidence									
Urbain	29,6	64,4	16,2	9,8	0,4	3,9	3,8	1,5	1100
Rural	40,7	56,1	22,9	7,6	1,1	5,5	4,7	2,2	2548
Ensemble RCA	35,9	58,6	20,9	8,3	0,9	5,0	4,4	1,9	3,645

La différenciation sur le plan régional des raisons avancées par les femmes qui sont favorables à la poursuite de l'excision se présente comme suit : le souci d'éviter les insultes est évoqué principalement par les femmes de la RA 4 (34,9 %), la préoccupation liée aux humiliations est un peu plus citée dans la RA 3 (7,5 %), la question de bonne éducation est surtout évoquée dans la région de Bangui (19,6 %) et la conformité à la coutume/tradition est mentionnée beaucoup plus par les femmes de la RA 5 (74,9 %) et RA 2 (73,4 %).

Tableau 11.33 : Raisons pour la continuité de l'excision par région, RCA, MICS 2000.

Région	Pourcentage des femmes excisées	Raisons de continuité de l'excision							Effectif des femmes favorables à la poursuite de l'excision
		Coutume/tradition	Pour éviter insultes	Bonne éducation	Sous contraintes parentales	Honneur féminin	Pour éviter humiliations	Autres	
Région administrative									
RA1	32,6	61,3	14,7	10,2	0,8	7,0	4,7	1,4	464
RA2	14,8	73,4	9,3	6,8	0,5	4,3	3,3	2,6	381
RA3	23,6	52,1	24,2	4,6	0,4	5,5	7,5	5,6	422
RA4	84,4	43,9	34,9	8,1	1,0	4,8	4,8	2,6	1065
RA5	88,5	74,9	9,4	4,3	0,7	4,2	6,0	0,5	483
RA6	43,1	61,4	21,1	9,2	1,4	4,6	2,1	0,1	593
Bangui	22,0	67,4	5,7	19,6	1,0	5,1	1,2	0,0	239
Région sanitaire									
RS1	46,6	50,6	26,6	7,6	0,9	5,8	4,8	3,7	884
RS2	14,8	73,4	9,3	6,8	0,5	4,3	3,3	2,6	381
RS3	23,6	52,1	24,2	4,6	0,4	5,5	7,5	5,6	422
RS4	86,1	59,1	22,2	7,8	0,8	4,6	5,2	0,3	1129
RS5	43,1	61,4	21,1	9,2	1,4	4,6	2,1	0,1	593
Ensemble RCA	35,9	58,6	20,9	8,3	0,9	5,0	4,4	1,9	3645

Les caractéristiques socio-culturelles des femmes semblent déterminer leurs différentes justifications de la poursuite de la pratique de l'excision (cf. tableau 11.34) :

- selon l'âge, les femmes âgées sont les plus nombreuses à évoquer la question de coutume et tradition (62,6 % contre une moyenne nationale de 58,6 %) par contre les jeunes se préoccupent des insultes (23,3 % contre la moyenne de 20,9 %) et des humiliations (5,9 % contre la moyenne de 4,4 %) ;
- selon le niveau d'instruction, les femmes du niveau secondaire ou plus évoquent le plus la question de coutume et tradition (61,4 %) et la bonne éducation (11,2 %) tandis que celles qui se sont limitées à l'école primaire sont les plus nombreuses à se préoccuper des insultes (25,2 % contre une moyenne nationale de 20,9 %) ;

- concernant l'état matrimonial, le _ des femmes célibataires tiennent à éviter les insultes (25,7 %) tandis que les veuves sont les plus nombreuses à évoquer la coutume et la tradition (67,3 %) ;
- du point de vue pratique religieuse, le respect de la coutume et de la tradition est un peu plus énoncé par les femmes musulmanes (76,6 %) tandis que le souci des insultes est un peu plus évoqué par les femmes protestantes (23,9 %) ;
- concernant l'appartenance ethnique, les femmes Haoussa et Sara sont les nombreuses à parler de coutume et tradition (75,5 %), les femmes Mandja sont les premières à se préoccuper des insultes (32,1 %) de même que les femmes Mboum (28,1 %), les femmes du groupe ethnique Yakoma-Sango sont les plus nombreuses à se soucier des humiliations (9 %).

Tableau 11.34 : Raisons pour la continuité de l'excision selon les caractéristiques de la femme, RCA, MICS2000.

Caractéristiques de la femme	Pourcentage des femmes excisées	Raisons de continuité de l'excision							Effectif des femmes favorables à la poursuite
		Coutume/tradition	Pour éviter insultes	Bonne éducation	Sous contraintes parentales	Honneur féminin	Pour éviter humiliations	Autres	
Groupe d'âges									
15-19	27,2	58,2	23,3	6,7	1,1	4,6	5,3	0,9	694
20-24	33,8	57,4	19,3	8,6	0,2	5,5	5,9	3,1	666
25-29	35,6	59,8	20,8	6,9	1,0	6,4	3,9	1,2	623
30-34	39,9	59,8	20,2	9,6	1,0	5,1	2,7	1,6	626
35-39	43,3	56,0	23,3	9,0	1,5	4,7	3,9	1,5	507
40-44	41,5	62,6	16,7	7,7	0,8	3,9	4,1	4,2	367
45-49	41,9	55,1	22,7	12,1	0,0	3,0	5,1	2,1	157
Niv.d'instruction									
Aucun	41,7	60,0	19,4	7,9	0,8	5,3	4,7	2,0	2531
Primaire	33,7	54,2	25,2	8,9	1,3	5,1	3,6	1,8	931
Secondaire +	20,0	61,4	19,6	11,2	0,0	1,2	4,0	2,6	178
Etat matrimonial									
Marié/en union	39,7	59,3	20,4	8,7	0,7	4,9	3,9	2,2	2775
Veuve	39,6	67,3	14,7	4,1	2,9	7,0	3,2	0,8	102
Divorcée	34,1	56,5	19,9	8,0	0,0	5,6	6,7	3,2	185
Séparée	28,0	57,9	22,2	7,1	1,5	4,8	5,9	0,6	218
Célibataire	21,8	53,4	25,7	7,5	1,3	5,1	6,2	0,8	355
Groupe ethnique									
Haoussa	28,3	75,4	10,0	7,5	0,5	3,8	2,1	0,7	295
Sara	36,6	75,5	6,9	5,3	0,6	6,9	4,5	0,3	317
Mboum	4,9	47,0	28,1	7,8	0,0	3,5	0,5	13,2	50
Gbaya	23,7	64,7	14,8	7,8	0,3	4,2	5,0	3,2	644
Mandja	62,1	41,2	32,1	9,8	1,4	6,4	6,8	2,3	516
Banda	75,3	55,2	25,0	8,8	1,0	4,3	4,2	1,5	1661
Ngbaka-Bantou	5,5	59,1	14,9	9,7	0,0	15,4	0,0	0,9	51
Yakoma-Sango	5,7	75,7	6,5	5,6	0,0	3,2	9,0	0,0	28
Zandé-N'zakara	4,7	49,9	6,0	9,9	0,0	16,0	0,0	18,3	23
Autre	25,1	70,5	13,9	2,4	4,4	8,3	0,5	0,0	61
Religion									
Catholique	35,0	54,6	23,5	8,8	0,8	4,5	4,6	3,2	1181
Protestante	35,8	54,8	23,9	8,2	0,9	5,6	4,9	1,7	1795
Musulmane	38,9	76,6	8,0	7,6	0,5	4,3	2,5	0,4	606
Animiste	45,7	68,4	5,2	8,9	3,1	7,5	6,8	0,0	24
Autre	32,1	69,7	13,4	6,5	2,1	2,7	5,0	0,7	39
Ensemble RCA	35,9	58,6	20,9	8,3	0,9	5,0	4,4	1,9	3645

11.7 PROBLEMES DE SUCCESSION

Les femmes sont le plus souvent confrontées aux problèmes de succession après le décès d'un conjoint ou d'un parent. Ces problèmes concernent soit la dépossession de biens de son défunt mari ou père soit la perte de tutelle ou gardiennage des enfants. La question de succession avait été longuement discutée par focus-groupe au cours de l'enquête socio-anthropologique pour l'élaboration du code la famille, réalisée en 1995 comme l'illustrent ces deux citations ci-dessous tirées du rapport final de ladite enquête en page 296 :

«Lorsque l'homme est mort, au moment où le corps est encore sur le lit, les parents entre-temps en profitent et emportent tout. Toi la femme, où est-ce que tu verras encore des effets ? Des méchants ! Ils se comportent comme si c'est toi qui a tué ton mari alors que tu n'as jamais souhaité que ton mari meurt. Après l'enterrement, tu découvres seulement que tout est déjà parti ! »

Basse-Kotto, Ima-Langandi, Femmes, 15-29 ans

« Le plus souvent, quand tu perds ton mari, ses frères ne te donnent rien, même si tu as des enfants. Vraiment la vie des enfants ne leur dit rien, ils n'ont même pas pitié des enfants »,
Basse-Kotto, Ima-Langandi, Femmes, 15-29 ans.

11.7.1 Perte de l'héritage de biens

La perte de l'héritage des biens concerne le fait d'être empêchée d'hériter un bien d'un conjoint ou d'un parent. Parmi les 16.941 femmes enquêtées, seulement 1.440 (soit 8,5 %) ont affirmé avoir perdu le bénéfice de l'héritage d'un bien laissé par un conjoint ou par un parent. La majorité des femmes (91,7 %) ne sont donc pas concernées. Toutefois, l'analyse de la situation des veuves ou des femmes divorcées sera plus pertinente. Il n'existe pas de différence entre le milieu urbain (8,7 %) et le milieu rural (8,3 %).

Les préfectures dans les quelles le pourcentage des femmes dépossédées est un peu plus élevé par rapport à la moyenne nationale sont le Mbomou (15,8 %), la Nana-Grébizi (13,4 %), la Basse-Kotto (12 %), l'Ombella-Mpoko (11,8 %) et la Kémo (10,8 %). Les femmes sont moins dépossédées dans la Vakaga (3,6 %), la Mambéré-Kadéï (4,4 %) et la Sangha-Mbaéré (4,8 %). La situation à Bangui est équivalente à la moyenne nationale de 8 %. Les biens pour lesquels les femmes sont dépossédées sont la maison (3,1 %) et le champ (1,4 %).

Tableau 11.35 : Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans ayant été dépossédées de biens d'héritage, selon les types de biens, par préfecture et milieu de résidence, RCA, MICS 2000.

Préfecture et milieu de résidence	Type de biens dépossédés											Total	Femmes dépossédées	Effectif des femmes		
	Non Concernées	Maison	Terrain /champ	Véhicule	Mobylette/vélo	Pension	Avoir bancaire	Poste téléviseur	Poste radio	Cuisinière	Autre					
Préfecture																
Ombella-Mpoko	88,4	4,6	1,7	0,1	0,3	0,6	0,1	0,0	0,3	0,2	3,7	100,0	11,8	1623		
Kémo	89,8	3,1	1,8	0,1	0,2	0,6	0,0	0,0	0,1	0,0	4,4	100,0	10,8	503		
Nana-Grébizi	86,6	4,8	1,3	0,0	0,6	0,3	0,2	0,0	0,7	0,3	5,3	100,0	13,4	509		
Lobaye	92,4	2,5	1,0	0,0	0,1	0,4	0,0	0,1	0,1	0,2	3,3	100,0	7,7	1084		
Mambéré-Kadéï	95,6	1,8	1,0	0,0	0,3	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	1,2	100,0	4,4	1898		
Sangha-Mbaéré	95,2	2,2	0,9	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	1,4	100,0	4,8	423		
Nana-Mambéré	94,9	2,2	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	1,3	100,0	5,4	816		
Ouham	93,6	2,4	0,4	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	3,4	100,0	6,8	1233		
Ouham-Pendé	93,2	2,1	1,2	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	3,1	100,0	6,8	1726		
Ouaka	90,6	3,5	1,4	0,0	0,1	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	4,0	100,0	9,4	1145		
Bamingui-Bangoran	92,3	3,7	1,1	0,0	1,1	0,5	0,0	0,0	0,4	0,0	0,9	100,0	7,7	156		
Haute-Kotto	91,1	3,9	1,5	0,0	0,2	0,0	0,3	0,0	0,6	0,0	2,4	100,0	8,9	323		
Vakaga	96,5	1,4	0,5	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	1,3	100,0	3,6	208		
Mbomou	84,4	5,2	4,2	0,0	0,2	0,1	0,3	0,2	0,8	0,2	4,6	100,0	15,8	806		
Basse-Kotto	88,1	3,3	3,4	0,1	0,3	0,1	0,0	0,0	0,2	0,0	4,6	100,0	12,0	1030		
Haut-Mbomou	90,9	3,9	1,4	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,2	0,0	3,2	100,0	9,1	264		
Bangui	92,1	3,1	0,6	0,1	0,3	0,7	0,2	0,0	0,1	0,0	2,7	100,0	8,0	3229		
Milieu de résidence																
Urbain	91,4	3,3	1,0	0,1	0,3	0,5	0,1	0,0	0,2	0,0	3,0	100,0	8,7	7378		
Rural	91,8	2,8	1,6	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,2	0,0	3,1	100,0	8,3	9598		
Ensemble RCA	91,7	3,1	1,4	0,1	0,2	0,3	0,1	0,0	0,2	0,0	3,1	100,0	8,5	16941		

D'après le tableau 11.36, l'ampleur de la perte de biens d'héritage varie selon la région. Elle est plus élevée dans les RA6 (13,1 %), RA4 (10,7 %), RA1 (10,2 %). Elle est faible dans la RA2. La perte de maisons (4,1 %) et de terrain/champ (3,4 %) est la plus fréquente dans la RA6. La perte d'autres biens sont constatés dans l'ordre de 4,4 % dans les RA4 et 6.

Tableau 11.36 : Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans ayant été dépossédées de biens d'héritage, selon les types de biens, par région, RCA, MICS 2000.

Région	Type de biens dépossédés											Total	Femmes dépossédées	Effectif des femmes	
	Non Concernée	Maison	Terrain champ	Véhicule	Moby-lette/vélo	Pension	Avoir bancaire	Poste téléviseur	Poste radio	Cuisinière	Autre				
Région administrative															
RA1	90,0	3,8	1,4	0,0	0,2	0,5	0,1	0,0	0,3	0,2	3,5	100,0	10,2	2706	
RA2	95,4	2,0	1,1	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	1,2	100,0	4,7	3137	
RA3	93,4	2,2	0,9	0,1	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	3,2	100,0	6,8	2959	
RA4	89,5	3,7	1,5	0,0	0,3	0,4	0,0	0,0	0,2	0,1	4,4	100,0	10,7	2158	
RA5	93,0	3,1	1,1	0,0	0,4	0,1	0,1	0,0	0,4	0,0	1,7	100,0	7,0	687	
RA6	87,0	4,1	3,4	0,0	0,2	0,1	0,1	0,1	0,4	0,1	4,4	100,0	13,1	2100	
Bangui	92,1	3,1	0,6	0,1	0,3	0,7	0,2	0,0	0,1	0,0	2,7	100,0	8,0	3229	
Région sanitaire															
RS1	89,5	3,8	1,5	0,0	0,3	0,5	0,1	0,0	0,3	0,2	3,9	100,0	10,7	3719	
RS2	95,4	2,0	1,1	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	1,2	100,0	4,7	3137	
RS3	93,4	2,2	0,9	0,1	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	3,2	100,0	6,8	2959	
RS4	91,5	3,4	1,3	0,0	0,2	0,2	0,1	0,0	0,2	0,0	3,1	100,0	8,5	1832	
RS5	87,0	4,1	3,4	0,0	0,2	0,1	0,1	0,1	0,4	0,1	4,4	100,0	13,1	2100	
Ensemble RCA	91,7	3,1	1,4	0,1	0,2	0,3	0,1	0,0	0,2	0,0	3,1	100,0	8,5	16941	

Le tableau 11.37, la perte du bénéfice de droit d'héritage de biens varie selon les caractéristiques des femmes. Du point de vue de l'âge, les femmes âgées semblent plus concernées que les jeunes. Ainsi, le pourcentage des femmes ayant été dépossédées augmente régulièrement avec l'âge passant de 5,5 % à 15-19 ans à 13 % à 45-49 ans.

Concernant le niveau d'instruction, les femmes qui ont atteint le niveau secondaire ou plus (8,8 %) semblent moins touchées de même que celles qui n'ont aucun niveau d'instruction (7,3 %) par rapport à celles qui se sont arrêtées au niveau primaire (10,3 %).

Le problème de perte d'héritage est plus vécu par les veuves avec 40,6 %. Les femmes séparées de leur conjoint sont également concernées à 10,3 %.

Un pourcentage important de veuves (21,8 %) ont perdu le bénéfice d'héritage de maisons conjugales, ce qui est confirmé par la citation ci-dessous et qui se rapporte à l'enquête précitée :

«Pour d'autres, quand le mari est mort, ils ne reconnaissent plus la femme comme ayant été la femme de leur frère mort, ils arrachent tout à la femme et la chassent de la maison, et ça nous attriste beaucoup ».

Haute-Kotto, village Balebi, femmes, 15-29 ans.

La perte de l'héritage des biens après le décès de l'époux ou de son père semble être influencée par les différences culturelles ou religieuses. Ainsi, les femmes appartenant aux groupes ethniques suivants sont les plus touchées par les problèmes de succession : Zandé-Nzakara (14,8 %) presque le double de la moyenne nationale de 8 %), Banda (11,6 %), Mandja (10,5 %) et Ngbaka-Bantou (10,6 %). Les femmes appartenant aux groupes ethniques Haoussa, Sara et Gbaya semblent être moins concernées avec respectivement 3,2 %, 6,1 % et 6,2 % de celles qui ont déclaré avoir été dépossédées. Le pourcentage des femmes qui ont été dépossédées est plus élevé parmi les femmes chrétiennes (environ 9 %) que parmi les femmes musulmanes (4,4 %).

Tableau 11.37 : Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans ayant été dépossédées de biens d'héritage, selon les types de biens, par caractéristiques des femmes, RCA, MICS 2000

Caractéristiques de la femme	Type de biens dépossédés											Total	Femmes dépossédées	Effectif des femmes				
	Non Concernée	Maison	Terrain champ	Véhicule	Moby-lette vélo	Pension	Avoir bancaire	Poste téléviseur	Poste radio	Cuisinière	Autre							
Groupe d'âges																		
15-19	94,6	1,5	0,5	0,0	0,2	0,2	0,0	0,0	0,2	0,0	2,8	100,0	5,5	3771				
20-24	93,1	1,8	1,1	0,1	0,3	0,3	0,1	0,0	0,1	0,1	3,0	100,0	7,1	3133				
25-29	91,8	2,7	1,9	0,0	0,1	0,4	0,1	0,0	0,1	0,1	2,9	100,0	8,3	2937				
30-34	89,9	4,0	1,2	0,1	0,3	0,4	0,2	0,0	0,3	0,0	3,5	100,0	10,2	2594				
35-39	89,8	4,4	1,7	0,0	0,2	0,4	0,1	0,0	0,2	0,0	3,1	100,0	10,2	2176				
40-44	89,3	5,2	1,5	0,0	0,1	0,3	0,1	0,1	0,2	0,0	3,1	100,0	10,7	1539				
45-49	87,4	5,4	3,3	0,1	0,1	0,4	0,0	0,0	0,0	0,2	3,0	100,0	13,0	780				
Niveau instruction																		
Aucun	92,8	2,7	1,2	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	2,8	100,0	7,3	9172				
Primaire	89,8	3,6	1,8	0,1	0,3	0,5	0,1	0,0	0,2	0,1	3,5	100,0	10,3	5123				
Secondaire +	91,3	3,2	0,8	0,2	0,4	0,5	0,2	0,1	0,3	0,0	3,1	100,0	8,8	2630				
Etat matrimonial																		
Marié/en union	92,5	2,5	1,3	0,1	0,1	0,3	0,0	0,0	0,1	0,1	3,0	100,0	7,6	11579				
Veuve	59,9	21,8	4,4	0,1	0,9	1,2	1,4	0,4	1,2	0,1	8,7	100,0	40,6	518				
Divorcée	91,8	3,4	1,3	0,0	0,2	0,4	0,2	0,0	0,0	0,0	2,7	100,0	8,3	979				
Séparée	89,7	3,4	2,0	0,0	0,4	0,7	0,2	0,1	0,3	0,0	3,3	100,0	10,3	1489				
Célibataire	95,5	1,2	0,6	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,2	0,0	2,2	100,0	4,6	2346				
Groupe ethnique																		
Haoussa	97,0	1,3	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	1,1	100,0	3,2	1282				
Sara	94,1	1,8	0,9	0,0	0,3	0,0	0,4	0,0	0,2	0,3	2,1	100,0	6,1	1122				
Mboum	92,3	2,9	0,6	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	3,9	100,0	7,8	814				
Gbaya	93,9	2,5	1,1	0,1	0,2	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	2,0	100,0	6,2	4813				
Mandja	89,6	3,7	0,9	0,0	0,3	0,5	0,0	0,0	0,1	0,0	4,9	100,0	10,5	1900				
Banda	88,5	3,5	2,5	0,1	0,3	0,4	0,0	0,0	0,4	0,0	4,2	100,0	11,6	3547				
Ngbaka-Bantou	89,6	3,7	2,0	0,1	0,2	0,6	0,2	0,2	0,1	0,0	3,3	100,0	10,6	1275				
Yakoma-Sango	92,0	3,4	0,3	0,0	0,1	0,5	0,2	0,1	0,2	0,1	3,1	100,0	8,0	1075				
Zandé-N'zakara	85,5	5,5	3,7	0,0	0,1	0,5	0,2	0,0	0,7	0,0	3,9	100,0	14,8	669				
Autre	92,4	3,9	0,8	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,5	0,0	1,9	100,0	7,6	428				
Religion																		
Catholique	91,0	3,1	1,5	0,1	0,2	0,3	0,0	0,0	0,2	0,1	3,5	100,0	9,1	5481				
Protestante	91,2	3,2	1,5	0,0	0,2	0,4	0,1	0,0	0,2	0,0	3,3	100,0	8,9	9270				
Musulmane	95,7	2,1	0,4	0,1	0,2	0,2	0,3	0,0	0,2	0,1	1,0	100,0	4,4	1949				
Animiste	95,8	0,3	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,4	100,0	4,2	65				
Autre	89,0	4,5	3,6	0,0	0,3	0,9	0,0	0,5	0,0	0,0	1,2	100,0	11,0	176				
Ensemble RCA	91,7	3,1	1,4	0,1	0,2	0,3	0,1	0,0	0,2	0,1	3,1	100,0	8,5	16941				

11.7.2 Perte du gardiennage d'enfants à bas âge

Sur le plan national, le Code de la Famille a mis en place la réglementation en matière de gardiennage de l'enfant à bas âge en confiant la garde des enfants de moins de 7 ans à leur mère en cas de divorce ou à l'un des deux conjoints en cas de décès (voir articles 307 et 1059).

Pour cerner l'ampleur du problème lié au gardiennage des enfants à bas âge que subissent les femmes dans le pays, la question suivante a été posée à chaque femme âgée de 15 à 49 ans qui est veuve, divorcée ou séparée et ayant un enfant de moins de 7 ans : « à qui est confié le gardiennage de vos enfants de moins de 7 ans ? » En réponse, seulement 43,8 % des femmes qui ne sont plus avec leurs conjoints ont reconnu assurer elles-mêmes le gardiennage de leur enfant de moins de 7 ans. Dans 20 % des cas, le gardiennage de l'enfant est confié au mari ou au parent du mari.

Les femmes du milieu urbain bénéficient plus (46,5 %) du droit de gardiennage de leur enfant à bas âge que celles du milieu rural (41,8 %). La personne autre que l'épouse à qui est confiée le gardiennage de l'enfant varie selon le milieu de résidence : les résultats de MICS indiquent qu'en milieu rural, le mari s'impose beaucoup plus pour le gardiennage de l'enfant (17,3 % contre 11,2 % en milieu urbain) tandis qu'en milieu urbain, ce sont les parents de la femme qui s'occupent un peu plus du gardiennage de l'enfant à bas âge (18,6 % pour le milieu urbain contre 15,9 % pour le milieu rural).

Tableau 11.38 : Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans ayant perdu le gardiennage de leur enfant et celles ayant été consentante pour leur mariage, par préfecture et milieu de résidence, RCA, MICS 2000

Préfecture et milieu de résidence	Personne à qui est confié le gardiennage de l'enfant							Consentement pour le mariage				Effectif des femmes
	Père	Enquêtée	Parent du mari	Parent de la femme	Autre	Manquante	Total	Oui	Non	Manquante	Total	
Préfecture												
Ombella-M'poko	14,0	37,7	8,3	13,4	8,8	17,7	100,0	86,9	10,4	2,7	100,0	1623
Kémo	20,5	41,1	9,6	17,5	11,3	0,0	100,0	91,4	8,6	0,0	100,0	503
Nana-Grébizi	3,6	34,8	9,4	9,0	10,7	32,5	100,0	89,8	9,4	,8	100,0	509
Lobaye	11,7	39,0	3,6	18,3	5,1	22,4	100,0	93,8	3,5	2,7	100,0	1084
Mambéré-Kadéï	7,5	63,6	6,3	17,6	,0	5,0	100,0	89,9	7,3	2,8	100,0	1898
Sangha-Mbaéré	4,1	44,6	1,9	35,2	1,9	12,1	100,0	90,4	7,8	1,8	100,0	423
Nana-Mambéré	16,1	41,9	0,0	15,3	0,0	26,7	100,0	86,2	10,4	3,4	100,0	816
Ouham	9,2	38,6	7,0	14,8	30,4	0,0	100,0	93,2	6,8	0,0	100,0	1233
Ouham-Pendé	25,1	28,8	2,9	3,2	6,7	33,2	100,0	86,1	11,7	2,2	100,0	1726
Ouaka	2,0	57,2	7,7	15,9	9,3	7,9	100,0	90,7	6,3	3,0	100,0	1145
Bamingui-Bangoran	13,1	45,8	16,0	16,4	0,0	8,7	100,0	86,2	13,0	0,8	100,0	156
Haute-Kotto	19,7	44,9	13,3	14,3	2,5	5,2	100,0	90,9	7,8	1,2	100,0	323
Vakaga	8,6	62,7	5,5	2,2	10,7	10,1	100,0	85,1	11,4	3,5	100,0	208
Mbomou	6,5	56,1	8,5	14,4	9,7	4,7	100,0	87,1	11,0	1,9	100,0	806
Basse-Kotto	7,4	62,5	8,7	14,3	2,8	4,4	100,0	88,2	8,2	3,5	100,0	1030
Haut-Mbomou	10,4	57,0	4,6	4,5	23,4	0,0	100,0	84,8	12,1	3,0	100,0	264
Bangui	12,4	58,6	4,5	18,6	4,3	1,7	100,0	90,6	7,0	2,3	100,0	3229
Milieu de résidence												
Urbain	11,2	46,5	5,9	15,9	4,0	16,7	100,0	89,5	8,1	2,5	100,0	7378
Rural	17,3	41,8	5,2	10,2	10,7	14,8	100,0	89,3	8,6	2,1	100,0	9598
Ensemble RCA	14,5	43,8	5,5	12,8	7,6	15,7	100,0	89,4	8,3	2,3	100,0	16941

D'après le tableau 11.38, le droit de gardiennage des enfants à bas âge varie selon les préfectures. Les femmes vivant dans les préfectures de l'Ouham-Pendé (28,8 %), de la Nana-Grébizi (34,8 %), de l'Ombella-Mpoko (37,7 %) et de l'Ouham (38,6 %) bénéficient moins de ce droit par rapport à celles qui résident dans les préfectures de Mambéré-Kadéï (63,6 %), de la Basse-Kotto (62,5 %), de la Vakaga (62,7 %).

Les parents de la femme semblent jouer un rôle important pour le gardiennage des enfants à bas âge dans les préfectures de Sangha-Mbaéré (35,2 % soit 3 fois la moyenne nationale), de la Lobaye (18,3 %), de la Mambéré-Kadéï (17,6 %), de la Kémo (17,5 %) et à Bangui (18,6 %). Par contre, les parents du mari sont plus influents pour le gardiennage de l'enfant dans les préfectures du Bamingui-Bangoran (16 % soit 3 fois la moyenne nationale), de la Haute-Kotto (13,3 %) et la Nana-Grébizi (9,4 %). Les pourcentages les plus élevés de père d'enfant qui assurent le gardiennage de l'enfant à bas âge au détriment de la femme sont observés dans l'Ouham-Pendé (25,1 %), la Kémo (20,5 %) par rapport à la moyenne nationale de 14,5 %.

Il convient de souligner qu'une proportion importante des femmes n'a pas fourni les informations sur la question de gardiennage d'enfants dans les préfectures de l'Ouham-Pendé (33,2 %) et de la Nana-Grébizi (32,5 %).

S'agissant du consentement pour le mariage, environ 5 femmes sur 6 se sont unies avec leur conjoint par consentement (89,4 %). Les cas de mariage sans consentement de la femme sont un peu plus observés dans les préfectures de Bamingui-Bangoran (13 %), du Haut-Mbomou (12,1 %), de l'Ouham-Pendé (11,7 %), du Mbomou (11 %) et de Vakaga (11,4 %). Le mariage contre le gré de la femme semble être faible dans la Lobaye (3,5 %) et dans la Ouaka (6,3 %).

A la lumière de l'analyse des données par préfecture abordée précédemment, les résultats de l'enquête MICS indiquent que le droit de gardiennage des enfants à bas âge par les femmes est moins respecté dans la RA 3 avec un taux faible de 30,7 % (cf. tableau 11.39).

Tableau 11.39 : Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans ayant perdu le gardiennage de leur enfant et celles ayant été consentantes pour leur mariage, par région, RCA, MICS 2000

Région	Personne à qui est confié le gardiennage de l'enfant							Consentement pour le mariage				Effectif des femmes
	Père	Enquêtée	Parent du mari	Parent de la femme	Autre	Manquante	Total	Oui	Non	Manquante	Total	
Région administrative												
RA1	13,2	38,1	6,7	15,1	7,6	19,3	100,0	89,7	7,6	2,7	100,0	2706
RA2	10,5	52,5	3,2	18,9	0,2	14,6	100,0	89,1	8,1	2,8	100,0	3137
RA3	22,0	30,7	3,7	5,5	11,4	26,6	100,0	88,9	9,8	1,3	100,0	2959
RA4	8,1	44,7	8,8	14,0	10,4	13,9	100,0	90,7	7,6	1,8	100,0	2158
RA5	15,5	48,8	12,6	12,5	3,4	7,3	100,0	88,2	10,0	1,8	100,0	687
RA6	7,5	59,1	8,0	12,8	8,7	3,8	100,0	87,3	9,8	2,9	100,0	2100
Bangui	12,4	58,6	4,5	18,6	4,3	1,7	100,0	90,6	7,0	2,3	100,0	3229
Région sanitaire												
RS1	12,7	38,0	7,6	14,4	8,6	18,7	100,0	90,0	8,0	2,1	100,0	3719
RS2	10,5	52,5	3,2	18,9	0,2	14,6	100,0	89,1	8,1	2,8	100,0	3137
RS3	22,0	30,7	3,7	5,5	11,4	26,6	100,0	88,9	9,8	1,3	100,0	2959
RS4	7,7	53,6	9,7	14,5	6,8	7,7	100,0	89,8	7,7	2,5	100,0	1832
RS5	7,5	59,1	8,0	12,8	8,7	3,8	100,0	87,3	9,8	2,9	100,0	2100
Ensemble RCA	14,5	43,8	5,5	12,8	7,6	15,7	100,0	89,4	8,3	2,3	100,0	16941

Le tableau 11.40 indique que le droit de gardiennage de l'enfant à bas âge varie en fonction du statut socio-culturel de la femme. Ainsi, les femmes qui bénéficient plus du droit de gardiennage de leur enfant à bas âge ont les caractéristiques suivantes : femmes âgées de 30 à 39 ans, femmes ayant atteint le niveau secondaire ou plus, femmes veuves ou divorcées, femmes du groupe ethnique Yakoma-sango (60,6 %), Zandé-Nzakara (56,6 %) et femmes protestantes (45,5 %). Il apparaît que les catégories de femmes qui sont le plus victimes de perte de l'héritage de biens de leur mari, en l'occurrence les veuves, les femmes de l'ethnie Zandé-Nzakara sont celles qui assument le plus le gardiennage de leur enfant à bas âge. Les femmes privées de ressources de leur défunt mari par injustice de la belle-famille sont autorisées à prendre en charge les enfants mineurs.

S'agissant du consentement au mariage, les jeunes filles (16 %), les femmes divorcées (21,6 %), les femmes Haoussa (12,8 %) ou Sara (10,9 %) et les musulmanes (12,3 %) semblent être les plus nombreuses à être mariées contre leur gré.

Tableau 11.40 : Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans ayant perdu le gardiennage de leur enfant et celles ayant été consentantes pour leur mariage, par caractéristiques de la femme, RCA, MICS 2000.

Caractéristiques de la femme	Personne à qui est confié le gardiennage de l'enfant							Consentement pour le mariage				Effectif des femmes
	Père	Enquêtée	Parent du mari	Parent de la femme	Autre	Manquante	Total	Oui	Non	Manquante	Total	
Groupe d'âges												
15-19	15,4	33,6	4,4	14,4	8,4	23,7	100,0	78,1	16,0	5,9	100,0	3771
20-24	16,4	38,8	5,7	15,0	8,6	15,5	100,0	89,8	7,8	2,4	100,0	3133
25-29	13,2	44,3	3,3	18,6	8,3	12,3	100,0	90,8	7,5	1,7	100,0	2937
30-34	10,7	51,2	5,8	14,7	6,1	11,4	100,0	92,6	6,3	1,1	100,0	2594
35-39	17,8	51,5	6,1	8,4	4,1	12,2	100,0	93,0	5,9	1,1	100,0	2176
40-44	14,0	44,3	8,2	3,2	11,8	18,5	100,0	93,1	5,8	1,1	100,0	1539
45-49	16,2	47,2	9,3	2,3	2,4	22,6	100,0	92,9	6,1	1,0	100,0	780
Niveau d'instruction												
Aucun	16,6	40,7	5,3	9,7	9,9	17,7	100,0	89,6	8,1	2,3	100,0	9172
Primaire	12,2	47,2	6,7	13,2	5,1	15,6	100,0	89,4	8,5	2,1	100,0	5123
Secondaire +	12,6	46,0	4,0	21,1	5,7	10,6	100,0	88,9	8,6	2,6	100,0	2630
Etat matrimonial												
Marié/en union	27,1	21,1	5,3	9,2	13,8	23,5	100,0	93,7	5,4	0,8	100,0	11579
Veuve	2,8	71,7	10,3	9,2	3,5	2,5	100,0	89,0	7,6	3,4	100,0	518
Divorcée	7,0	62,6	3,2	17,0	4,2	6,1	100,0	73,5	21,6	4,9	100,0	979
Séparée	8,4	55,0	4,8	16,8	3,1	11,9	100,0	88,8	9,6	1,7	100,0	1489
Célibataire	8,3	17,0	4,8	18,2	4,8	46,9	100,0	54,8	28,7	16,4	100,0	2346
Groupe ethnique												
Haoussa	14,0	46,6	3,2	9,7	4,0	22,6	100,0	82,9	12,8	4,4	100,0	1282
Sara	15,3	40,7	8,6	5,8	15,9	13,6	100,0	88,0	10,9	1,1	100,0	1122
Mboum	11,7	28,3	7,0	3,1	6,9	43,0	100,0	87,8	7,6	4,6	100,0	814
Gbaya	17,9	41,3	3,4	14,4	6,7	16,4	100,0	90,3	7,9	1,8	100,0	4813
Mandja	10,5	41,4	9,5	16,5	12,2	9,9	100,0	91,1	7,9	1,1	100,0	1900
Banda	14,1	45,4	4,9	13,4	4,6	17,5	100,0	91,1	7,1	1,8	100,0	3547
Ngbaka-Bantou	12,4	47,5	9,7	18,9	7,2	4,3	100,0	91,4	5,9	2,7	100,0	1275
Yakoma-Sango	8,8	60,6	1,9	15,1	6,8	6,7	100,0	86,5	10,0	3,5	100,0	1075
Zandé-Nzakara	14,6	56,6	6,9	12,3	8,3	1,3	100,0	88,0	9,2	2,8	100,0	669
Autre	26,7	52,1	4,5	1,7	14,0	,9	100,0	86,8	10,7	2,5	100,0	428
Religion												
Catholique	14,0	42,6	4,2	10,9	8,3	20,1	100,0	89,8	8,2	2,1	100,0	5481
Protestante	13,1	45,5	6,9	15,6	7,3	11,6	100,0	90,5	7,6	1,9	100,0	9270
Musulmane	20,4	42,5	4,0	7,9	6,7	18,4	100,0	83,6	12,3	4,1	100,0	1949
Animiste	17,5	42,6	22,3	8,2	,0	9,5	100,0	87,3	6,9	5,8	100,0	65
Autre	31,0	30,5	3,8	2,4	7,9	24,4	100,0	84,7	9,9	5,4	100,0	176
Ensemble RCA	14,5	43,8	5,5	12,8	7,6	15,7	100,0	89,4	8,3	2,3	100,0	16941

CONCLUSION

L'enquête à indicateurs multiples réalisée en l'an 2000 révèle, à la lumière des sujets abordés, qu'il existe des problèmes de discrimination qui portent atteinte aux droits et à la dignité de la femme au regard des dispositions de la Convention sur l'Élimination de toutes les Formes de Discriminations à l'Égard de la Femme (CEDEF) et la Convention sur les Droits de l'Enfant (CDE). S'il est évident que la valorisation du statut de la femme et la promotion de l'égalité entre l'homme et la femme sont reconnus par le gouvernement, il n'en demeure pas moins que les facteurs culturels et la sous-information font persister des cas de violation de droits de la femme illustrés par les principaux résultats ci-dessous issus de l'enquête MICS 2000 :

- Presque environ 4 femmes sur 10 sont excisées dans le pays principalement pour raison de respect de coutume et tradition ;
- 45,4 % de femmes ont déclaré avoir été déjà victimes de violence corporelle surtout de la part de leur mari (76,7 %) ;
- Plus de la moitié des femmes (51,6 %) ont déjà subi une violence morale ;
- Environ 1/3 des femmes ont déjà été victimes de viol avec 35,6 % intervenus 3 fois ou plus et 10 % de cas perpétrés par une tierce personne, ce qui est préoccupant face aux risques d'infection à VIH/SIDA ;
- 14,1 % de femmes reconnaissent avoir été victimes de harcèlement sexuel ;
- la prostitution par contrainte bien que de faible ampleur (9,5 %), touche beaucoup plus les adolescentes sur influence de tierces personnes (61,5 %) ;
- Environ 4 veuves sur 10 (40,16 %) affirment avoir été dépossédées de biens d'héritage de leur défunt mari principalement la maison ;
- Environ 56 % de femmes veuves, divorcées ou veuves ont affirmé avoir perdu le gardiennage de leur enfant à âge.

De grands défis restent donc à relever par la République Centrafricaine en matière de protection de la femme compte tenu des pesanteurs socio-culturelles et la faiblesse des capacités juridiques qui constituent de gros handicaps à l'aboutissement des efforts déployés par le gouvernement avec l'appui des partenaires au développement en vue de l'application et le respect des droits de la femme.

Des études ultérieures devraient être menées pour approfondir certains aspects non couverts par cette enquête ou explorer certaines questions soulevées par les résultats de MICS2000 afin d'améliorer davantage les connaissances sur un sujet aussi complexe et nouveau concernant la protection de la femme.

CHAPITRE 12 : RESUME DES RESULTATS PROVISOIRES DE L'ANALYSE DE LA PAUVRETE

Dans le cadre de la contribution de l'UNICEF aux efforts des gouvernements Africains pour la mise en place d'un Cadre Stratégique de Lutte Contre la Pauvreté (CSLP) sous l'hospice des institutions de Bretton Woods, le Bureau Régional de l'UNICEF de l'Afrique de l'Ouest et du Centre en collaboration avec le siège, ont organisé à Banjul un atelier sur l'analyse approfondie de la pauvreté sur la base des données de l'enquête MICS II. Cette nouvelle approche d'analyse des conséquences de la pauvreté des ménages sur la situation de survie, de développement et de protection des enfants et des femmes est très pertinente pour éclairer les actions de lutte contre la pauvreté en République Centrafricaine. Les compétences techniques des différents pays ont été renforcées dans cette analyse avec l'appui technique de l'institution responsable des enquêtes DHS dans le monde à savoir Macro International basée aux Etats Unis.

L'analyse de « l'index des biens » en anglais « **wealth index analysis** » est une analyse par composantes principales (ACP) du statut socio-économique des ménages ou richesses durables des ménages afin de cerner les facteurs qui influencent directement la situation sociale des ménages. Il est admis que les indicateurs de biens sociaux sont plus appropriés pour expliquer la situation sociale des personnes que les indicateurs habituels de consommation ou de revenus (cf. Filmer et Pritchett 1998/99). Une classification des ménages en « pauvre » et « non-pauvre » permet de cerner la variation des indicateurs en matière de mortalité, de santé, de l'éducation, de l'assainissement, de l'état nutritionnel, de la contraception, du travail des enfants et de la protection des femmes issus des résultats de MICS en RCA.

Les variables de possession de biens de ménages qui ont été prises en compte dans cette analyse factorielle de pauvreté sur les données de MICS 2000 en RCA concernent : i) les équipements de ménage (possession de radio, bicyclette, mobylette, moto, voiture/véhicule, poste téléviseur, réfrigérateur), ii) le mode d'éclairage, iii) la source d'énergie de cuisson, iv) les matériaux du sol, v) les matériaux du mur, vi) les matériaux du toit, vii) l'accès à l'eau potable, viii) le nombre moyen de personnes par pièce du logement. Un indice composite de possession de biens a été obtenu pour chaque ménage après rotation de la matrice de corrélation et appliqué aux données concernant les membres du ménage avec différenciation des quintiles (« **pauvres** », 2e niveau de quintile, niveau moyen, 4e niveau et les « **riches** »). Les détails techniques seront développés après.

En attendant la publication ultérieure d'un rapport spécifique sur l'analyse approfondie des résultats de l'enquête MICS 2000, il est apparu nécessaire de présenter les principaux résultats provisoires de cette analyse de « Wealth Index » à tous fins utiles. La quasi totalité des tableaux statistiques issus de l'enquête MICS ont été reproduits avec l'indicateur composite de l'index de pauvreté et seront analysés en détail.

L'analyse de la pauvreté à l'aide des données de MICS 2000 confirment le constat généralement observé selon lequel les ménages moins nantis (pauvres) sont les plus vulnérables sur le plan social. La situation semble très préoccupante en RCA car l'écart sur le plan social entre les pauvres et les riches passe du simple au triple concernant la scolarisation des enfants, la vaccination, l'utilisation de moustiquaire pour la prévention

du paludisme, les soins prénatals et l'assistance à l'accouchement par un personnel qualifié. De même, les enfants appartenant aux ménages des pauvres sont deux fois malnutris que ceux des ménages mieux nantis, la bonne connaissance du VIH/SIDA est cinq fois moins parmi les pauvres et les femmes issues des ménages pauvres sont plus victimes de pratiques néfastes (excision) que les autres catégories.

Quintiles	Taux scolaris TNS 6-11 ans	Taux couv. BCG %	Taux couv. Po-lio3	Prévalence IRA	Utilisation Moustiquaire	Soins prénatals par person. qualifié	Assist. Accouchement	Malnutrition Poids/âge	Connai ssa SIDA 15-19	Enregistre ment Naissance	Exci sion Fem mes
Pauvre	22.2	37.6	21.7	13.2	18.6	41.9	24.7	31.2	5.3	53.7	48.7
2e niv. pauvre	34.8	51.6	24.3	11.8	16.7	51.4	27.3	22.9	5.9	61.9	44.0
Niv. Moyen	38.4	57.3	31.4	10.1	23.1	60.1	36.1	24.7	8.6	75.0	31.5
4e niv. richesse	55.4	76.4	46.6	8.8	41.4	78.1	64.7	23	21.2	84.4	33.2
Riche	65.3	92.1	62.6	6.7	58.8	85.8	76.9	18.9	26.4	91.4	22.9
Ensemble	43 %	61.8	36.3	10.3	30.9	62	44.1	25	15.0	72.5	35.9

CONCLUSION GENERALE

Les résultats de l'enquête MICS 2000 révèlent que des efforts ont été accomplis dans le processus pour asseoir les bases nécessaires vers l'atteinte des objectifs du sommet mondial pour l'enfance de 1990.

Cependant, suite à la dégradation de la situation politique, économique et sociale, le pays a enregistré un recul très inquiétant dans le domaine de la survie et de développement des enfants : le taux de mortalité infanto-juvenile a augmenté de 157 pour mille en 1994/1995 (EDS) à 194 pour mille en l'an 2000 (sur une période de référence centrée sur l'année 1996), il en est de même de la mortalité infantile qui est en hausse de 97 pour mille en 1995 à 130,6 pour mille en l'an 2000 ; la mortalité maternelle demeure très élevée (948 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes) ; l'expansion du VIH/SIDA a atteint une dimension trop préoccupante (14 % de la population) ; la couverture vaccinale contre les six principales maladies de l'enfance qui était de l'ordre de 80 % en 1990/91 a chuté à moins de 50 % en l'an 2000 ; s'agissant de l'accès à l'éducation de base, il y a une décroissance très marquée de la fréquentation scolaire avec le Taux Net de Scolarisation qui a chuté de 63 % en 1996 (MICS I) à 43 % en l'an 2000 (MICS II).

Toutefois, des progrès significatifs ont été enregistrés concernant : i) la lutte contre les troubles dus à la carence en iode avec 86,5 % de la population qui consomme du sel iodé en l'an 2000 (MICS II). Ce résultat indique que la RCA est sur le bon chemin de l'élimination de la carence en iode ; ii) l'accès de la population à l'eau potable qui est passé de 38 % en 1996 à 55 % en l'an 2000.

Les résultats de la fin décennie montrent que beaucoup de défis restent à relever par le Gouvernement pour que les enfants et les femmes puissent accéder au bien-être. La République Centrafricaine demeure très éloignée du chemin vers l'atteinte des objectifs du sommet mondial pour les enfants de 1990 quand bien même des acquis importants sont enregistrés en matière de services de base tels que la généralisation de l'Initiative de Bamako à tous les districts sanitaires du pays.

Les résultats partiels tirés de l'analyse de la pauvreté des ménages démontrent à suffisance l'impact de la pauvreté des ménages sur la situation sociale en RCA. La pauvreté des ménages rend davantage vulnérables les enfants et les femmes en République Centrafricaine. La couverture sanitaire et scolaire des enfants appartenant aux ménages mieux nantis atteignent les niveaux satisfaisants fixés pour le troisième millénaire tandis que la situation des enfants appartenant aux familles pauvres sont très préoccupantes.

La bonne gouvernance, la décentralisation, l'implication de la société civile (associations, ONG, communautés) et du secteur privé, la collaboration intersectorielle et multisectorielle, la solidarité internationale, la mobilisation des ressources et une meilleure coordination et synergie entre les partenaires sont autant des facteurs pour la réussite des programmes de développement et particulièrement ceux en faveur des enfants et des femmes.

Les efforts entrepris par le gouvernement pour la mise en place d'un Cadre Stratégique de Lutte Contre la Pauvreté nécessitent un soutien indéfectible de la communauté internationale afin de contribuer à une amélioration durable de la situation sociale de la population et particulièrement la santé et l'éducation des groupes les plus vulnérables que sont les enfants et les femmes.

ANNEXES

ANNEXE A : ECHANTILLONNAGE

A.1 Base de sondage et mode de tirage de l'échantillon

La base de sondage qui a servi pour l'enquête MICS 2000 est celle issue de la cartographie du Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH). En effet, les activités de la cartographie lancées par le Bureau Central du Recensement (BCR) en 1999 s'étaient achevées au mois d'août 2000. Au fur et à mesure que se déroulaient les travaux de la cartographie sur le terrain, le BCR constituait le fichier d'Aires de Dénombrement (AD) automatiquement mis à la disposition de l'enquête MICS2000. Les opérations de cette enquête ont été lancées au moment où se poursuivaient encore les travaux de la cartographie.

Dans le cadre de l'enquête MICS2000, chaque milieu de résidence des 16 préfectures est considéré comme une strate. La **capitale Bangui**, pour des besoins d'analyse est considérée également comme une strate. On compte en tous 33 strates provenant des 16 préfectures plus Bangui.

La méthode de tirage adoptée a été celle de sondage à deux degrés. La procédure du tirage a été la suivante :

au premier degré on a tiré systématiquement, dans chaque strate, un certain nombre d'AD avec une probabilité proportionnelle à la taille des AD. Ce tirage a été fait au bureau et les AD tirées ont été affectées aux équipes de collecte qui ont procédé sur le terrain à leur mise à jour en établissant exhaustivement (par balayage de l'AD) la liste de tous les ménages y résidant.

au deuxième degré on a tiré systématiquement, à l'intérieur de chaque AD échantillon, un certain nombre de ménages avec une probabilité proportionnelle à la taille des ménages. Ce tirage a été effectué par les chefs d'équipe sur le terrain et les ménages tirés ont été repartis entre les agents enquêteurs pour les interviews.

A.2 Détermination de la taille de l'échantillon

Les données de cette enquête ont été collectées sur la base d'un sondage aléatoire à deux degrés comme défini ci- haut. Les indicateurs ont été obtenus avec un degré de précision (niveau de précision) de 95 %, soit une erreur de 5 %. Les principaux indicateurs de l'enquête étant des proportions, la taille minimum de l'échantillon n lorsque la précision est fixée à l'avance a été déterminée à partir de la formule suivante:

$$n = \frac{p(1-p)}{\sigma^2(p)} \quad \begin{array}{l} p \text{ étant la proportion de la variable dans l'échantillon et} \\ \sigma(p) \text{ l'écart-type de la variable dans la population.} \end{array}$$

D'après l'estimation de p par intervalle de confiance, l'erreur $e = Z_{\alpha} * \sigma(p)$ et en tenant compte de l'effet de grappe et du taux de non-réponse, on a:

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 P(1-P)}{e^2 (1-\mathfrak{S})}$$

d avec $Z_{\alpha} = 2$ dans la table de la loi normale centrée réduite
e est la marge d'erreur fixée à 5 %
d est l'effet de grappe fixée à 1,5
 \mathfrak{S} est le taux de non-réponse ¹.

Dans le cas précis de l'enquête MICS2000, les indicateurs ci-après ont été utilisés pour déterminer la taille de l'échantillon :

- BCG, Dtcoq3, Polio3 et Rougeole pour les enfants de 12 à 23 mois ;
- VAT pour les enfants de 0-11 mois ;
- Diarrhée, Paludisme pour les enfants de moins de 5 ans ;
- Scolarisation pour les enfants de 5 à 15 ans.

Les résultats de l'enquête MICS1996 avaient déjà fourni le niveau de ces indicateurs par région sanitaire. On a supposé que pour les préfectures composant chaque région sanitaire, ces niveaux y étaient uniformément répartis.

Les détails sur les résultats sont consignés dans le tableau en annexe. D'après ce tableau, le paramètre retenu pour la détermination de la taille de l'échantillon des ménages varie d'une préfecture à une autre. Aussi, compte tenu de la contrainte budgétaire, la marge d'erreur dans les préfectures a été fixée à 10% et maintenue à 5% pour Bangui afin de réduire la taille des ménages échantillons (supérieure à 30000) .

A.3 Détermination du nombre de ménages échantillons

La taille des ménages échantillons m est obtenue à partir de la formule ci-après :

$$m = \frac{\text{Taille de l'échantillon de la population cible}}{\text{Proportion population cible x taille moyenne ménages}}$$

Au total 17727 ménages devraient être interrogés au cours de cette enquête, soit 5579 ménages urbains et 12148 ménages ruraux.

A.4 Détermination du nombre des AD échantillons

La durée de la collecte des données sur le terrain initialement prévue pour cinq (5) mois, le nombre d'équipes (8), l'effectif des agents par équipe (5) et le nombre de strates trente-trois(33) ont constitué les contraintes ayant contribué au choix du nombre optimal d'AD.

On a supposé qu'une équipe devrait travailler au maximum 2300 ménages dans une préfecture pour une durée de deux mois et demi (75 jours). Ce qui revient à 31 ménages par équipe et par jour. Un agent enquêteur devrait, dans ces conditions, travailler 6 ménages par jour. Le taux d'urbanisation a été utilisé pour répartir les ménages de chaque préfecture en ménages urbains et ruraux.

On sait par ailleurs qu'il y a plus de ménages en milieu rural qu'en milieu urbain. On a décidé de choisir en moyenne 25 ménages dans une AD urbaine et 40 ménages en moyenne dans une AD rurale. On obtient ainsi, 221 AD en milieu urbain et 305 AD en milieu rural réparties également par préfecture.

¹ Pour cette enquête, il est fait allusion au taux de non-réponse de 10 % observé lors des enquêtes précédentes.

A.5 Procédure de tirage des ménages à enquêter dans chaque AD

Le tirage des ménages à enquêter se fait après le balayage de chacune des AD en dressant la liste exhaustive des ménages sur un document intitulé « fiche de dénombrement des ménages ». Ce document contient les informations suivantes :

- Le numéro de la grappe ;
- Le numéro de l'AD;
- Le numéro d'enregistrement des ménages;
- La taille des ménage;
- Le cumul des tailles des ménages.

Le rapport I obtenu à partir de l'effectif total des ménages de l'AD sur le pas de tirage des ménages (proposé au bureau), détermine l'intervalle de tirage. En choisissant un nombre aléatoire et en le multipliant par I , on obtient un nombre k permettant de choisir le premier ménage. Le 2ème, le 3ème ménage, etc sont choisis en ajoutant à k , I , $2I$, $3I$... Tous les ménages tirés ont été numérotés de 1 à n dans l'AD et repartis entre les agents enquêteurs pour les interviews.

ANNEXE B : MARGE D'ERREUR PAR PREFECTURE

B1- Membres de ménage – Taux Net de Scolarisation au Primaire (6-11 ans)

Préfecture et régions		Proportion (indicateur)	Erreur Standard	Effectifs Pondérés	Erreur Relative	Intervalle de Confiance (+- 2 écart-type de la proportion)	
						-2SD	+2SD
Préfecture	Ombella-M'poko	0.507	0.045	932	0.096	0.416	0.597
	Kémo	0.408	0.037	278	0.096	0.334	0.482
	Nana-Grébizi	0.46	0.045	301	0.098	0.37	0.55
	Lobaye	0.448	0.051	586	0.113	0.346	0.551
	Mambéré-Kadeï	0.357	0.046	1119	0.133	0.266	0.448
	Sangha-Mbaéré	0.5	0.055	218	0.119	0.391	0.61
	Nana-Mambéré	0.395	0.054	602	0.135	0.286	0.503
	Ouham	0.425	0.048	809	0.122	0.329	0.521
	Ouham-Pendé	0.368	0.046	1213	0.127	0.275	0.461
	Ouaka	0.406	0.036	677	0.094	0.334	0.477
	Bamingui-Bang.	0.472	0.04	93	0.09	0.393	0.552
	Haute-Kotto	0.454	0.063	151	0.147	0.327	0.58
	Vakaga	0.26	0.049	130	0.189	0.163	0.358
	Mbomou	0.453	0.031	446	0.072	0.391	0.516
	Basse-Kotto	0.39	0.033	635	0.092	0.323	0.457
	Haut-Mbomou	0.565	0.077	127	0.137	0.41	0.719
Bangui	0.732	0.011	2883	0.015	0.71	0.754	
Région administrative	RA1	0.477	0.048	759	0.105	0.381	0.574
	RA2	0.417	0.052	646	0.129	0.314	0.521
	RA3	0.396	0.047	1011	0.125	0.302	0.491
	RA4	0.424	0.039	419	0.096	0.346	0.503
	RA5	0.396	0.05	125	0.142	0.295	0.497
	RA6	0.469	0.047	403	0.1	0.375	0.564
	Bangui	0.732	0.011	2883	0.015	0.71	0.754
Région Sanitaire	RS1	0.456	0.045	524	0.101	0.366	0.545
	RS2	0.417	0.052	646	0.129	0.314	0.521
	RS3	0.396	0.047	1011	0.125	0.302	0.491
	RS4	0.398	0.047	263	0.13	0.304	0.492
	RS5	0.469	0.047	403	0.1	0.375	0.564
	RS6	0.732	0.011	2883	0.015	0.71	0.754
Milieu de résidence	Urbain	0.528	0.048	433	0.098	0.431	0.625
	Rural	0.343	0.044	760	0.13	0.256	0.431
Ensemble RCA		0.429	0.003	19518	0.007	0.423	0.436

Erreur relative très faible de 0,7 % au niveau national, environ 5 % par région et environ 10 % par préfecture

B2- Enfants – Marge d'erreur liée à la couverture vaccinale contre Polio 3

Préfecture et régions		Proportion (indicateur)	Erreur Standard	Cas pondérés	Erreur Relative	Intervalle de Confiance	
						-2SD	+2SD
Préfecture	Ombella-M'poko	0.597	0.028	486	0.074	0.34	0.452
	Kémo	0.339	0.042	220	0.126	0.25	0.423
	Nana-Grébizi	0.55	0.027	214	0.05	0.5	0.605
	Lobaye	0.37	0.048	478	0.128	0.28	0.465
	Mambéré-Kadeï	0.261	0.04	881	0.196	0.18	0.341
	Sangha-Mbaéré	0.493	0.062	192	0.127	0.37	0.617
	Nana-Mambéré	0.354	0.041	294	0.119	0.27	0.435
	Ouham	0.294	0.052	522	0.212	0.19	0.397
	Ouham-Pendé	0.319	0.053	798	0.169	0.21	0.425
	Ouaka	0.39	0.038	524	0.103	0.31	0.465
	Bamingui- Bangoran	0.344	0.072	69	0.215	0.2	0.488
	Haute-Kotto	0.293	0.038	132	0.138	0.22	0.368
	Vakaga	0.088	0.013	84	0.203	0.06	0.114
	Mbomou	0.337	0.027	332	0.083	0.28	0.392
	Basse-Kotto	0.305	0.036	480	0.173	0.23	0.377
	Haut-Mbomou	0.417	0.056	88	0.137	0.3	0.529
Bangui	0.565	0.014	2191	0.024	0.54	0.592	
Région adminis- trative	RA1	0.506	0.038	483	0.101	0.31	0.459
	RA2	0.369	0.048	456	0.147	0.27	0.464
	RA3	0.307	0.052	660	0.191	0.2	0.411
	RA4	0.426	0.036	319	0.093	0.36	0.498
	RA5	0.242	0.041	95	0.185	0.16	0.323
	RA6	0.353	0.04	300	0.131	0.27	0.433
	Bangui	0.565	0.014	2191	0.024	0.54	0.592
Région sanitaire	RS1	0.413	0.036	410	0.095	0.34	0.486
	RS2	0.369	0.048	456	0.147	0.27	0.464
	RS3	0.307	0.052	660	0.191	0.2	0.411
	RS4	0.279	0.04	202	0.165	0.2	0.359
	RS5	0.353	0.04	300	0.131	0.27	0.433
	RS6	0.565	0.014	2191	0.024	0.54	0.592
Milieu de résidence	Urbain	0.448	0.044	321	0.099	0.36	0.536
	Rural	0.297	0.038	518	0.178	0.18	0.329
Ensemble RCA		0.336	0.008	14267	0.024	0.32	0.352

Erreur relative faible de 2,4 % au niveau national, environ 5 % par région et environ 10 % par préfecture

ANNEXE C : PERSONNEL DE L'ENQUÊTE

C.1 - LISTE DES MEMBRES DU COMITE TECHNIQUE INTERSECTORIEL DE L'ENQUETE MICS 2000

Président: EREGANI Clément, Chargé de Mission Coordonnateur du Plan;

1er Vice Président: KONGBO Martin, Chargé de Mission Responsable de la Division des Statistiques

2er Vice Président: Dr KITEZE, Directeur des Etudes et de la Planification au ministère de la Santé et de la Population

Rapporteurs: ZEMINGUI Pilippe, Directeur Technique du BCR
François BANYOMBO, de l'Université de Bangui
Félix MOLOUA, Point Focal MICS au BCR

• MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION

1. Dr NDOYO, Directeur de Lutte contre les Maladies
2. Dr KITEZE Emmanuel, Directeur des Etudes et Planification
3. Dr NGUEMBI Emmanuel, Cadre à la Direction de la Santé Familiale et Population
4. Dr SEPOU, Projet Santé de la reproduction, Université
5. Dr MASSANGA Marcel, Responsable du Programme MST/SIDA
6. Dr MBERIOT Florentine, Chef de Service de PEV

• MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE

- 1- GOUNEBANA, Président du Comité d'Evaluation de l'Education Pour Tous en l'an 2000
- 2- GUEZEWANE, Membre du Comité d'Evaluation de l'Education Pour Tous en l'an 2000
- 3- MALEBANDA, Service de Cartes Scolaires

• MINISTERE DES MINES ET DE L'ENERGIE

- 1- MPECKO, Directeur Général de l'Hydraulique
- 2- GARAMA Barthélemy, Directeur des Etudes
- 3- NGAYE-KOESSE, Directeur National du projet Assainissement

• MINISTERE DE LA PROMOTION DE LA FAMILLE/AFFAIRES SOCIALES

- 1- Mme RAMADANE, Directrice Générale de la Promotion de la Famille
- 2- MBAGA, Directeur des Etudes aux Affaires Sociales

• MINISTERE DU PLAN ET DE LA COOPERATION INTERNATIONALE

- 1- EREGANI Clément, Ancien Chargé de Mission Coordonnateur du Plan
- 2- KONGBO Martin, Chargé de Mission Statistiques, 1er Vice-Président
- 3- POUNINGUINZA Jean Louis, Expert National Cellule Planification Sociale
- 4- ZEMINGUI Philippe, Directeur Technique du BCR
- 5- MOLOUA Félix, Point focal enquête MICS au BCR
- 6- NGUELEBE Edwige, Expert National pour les Infrastructures Sociales
- 7- PIAMALE Jean Faustin, cadre de conception enquête MICS au BCR

- **UNIVERSITE DE BANGUI**

- 1- Dr BOBOSSI, Pédiatre, Vice-Doyen de la FACSS
- 2- BANYOMBO François, Faculté des Lettres et Sciences Humaines

- **PNUD**

- 1- Pascal KARORERO Représentant Résident Adjoint
- 2- Dr. Marguerite SAMBA, Chargée de Programme Pauvreté
- 3- Maxime M'BRINGA, Conseiller en matière de développement durable

- **UNICEF**

- 1- Paulette NICHOLS, Coordonnatrice de Programme
- 2- Robert NDAMOBISSI, Chargé de Programme Suivi Evaluation
- 3- Dr. Karim ANDELE, Chargé de Programme SANTE
- 4- Dr. Eugène KPIZINGUI, Chargé de Projet Nutrition
- 5- Idrissa KONATE, Chargé de Programme Eau-Assainissement
- 6- Sophie NDANGUERE, Chargée de Programme Education

- **FNUAP**

- 1- M. Alexandre EWANGO, Assistant du Représentant
- 2- Albert BANGO, Assistant au Programme

- **OMS**

- 1- Dr. Benoît SORO, Epidémiologiste (Chargé de Programme)
- 2- Dr Philémon NAMKONA, Conseiller en matière de Santé (MPN)
- 3- Dr. Pierrette SOKAMBI, Conseiller en FHP
- 4- Dr Jataou, Médecin épidémiologiste PEV

- **Banque Mondiale**

- 1- Déo NDIKUMANA, Economiste Résident

- **FAO**

- 1- Etienne NGOUNIO, Chargé de Programme

- **UNESCO**

1. M. SECK, Chargé de Programme

- **GTZ**

- 1- Responsable du projet Soins de Santé Primaires

C.2 - LISTE DU PERSONNEL AYANT PARTICIPE A L'ENQUETE

Direction de l'enquête MICS

Martin KONGBO, Directeur National
Philippe ZEMINGUI, Directeur Technique
Félix MOLOUA, Point Focal MICS

Logistique

BAZA-BANGUIMBI Sylvestre

Chefs d'équipe

ABDALLA KADRE Assane
BAKASSA GUENGANDO David-Festus
BANGBALOI YASSENDALI Généviève
BELINENE Cyrille
DAOUILI Charles
GAMBA IDA Marie-Célestine
KANDA Thierry-Bertand
LOBAKA Thierry
MADDAS Alain
MBOLIFOUGUIMI Jacob
NGOMBE BIBEMO Innocent
NOUGANGA Natacha
SELENGUINO Sébastien
SIMONADE YAMALE Emmanuel
VICKOS Eric
WAPOUTOU Denis-Blaise
GADAMBI Askin

Chefs d'équipe de saisie

GUENENGAFO Alexis
YANGO Alphonse

Opérateurs de saisie

REMANGAI Alfred
ALI BOUNDIGAR
ATO Jean Benoît
NAMGAI Daniel
ADIALLO Pierrette
DOLLE GOEWE Béatrice
LAMESSI Micheline
IMBALA Mathilde
BEDOT Aurelie
FEIDOKA Adolphine
LANGA-OTTO Bertille

Enquêteurs

ATANGANA Raoul
BOUL BINGA
BOUTOU Guy Félix
DAIBO Jean-Claude
DANDANGARE Noel

Gestion

MAHAMAT Sallet

Chef d'équipe de codification

M'BAINOUDJIM Perkys

Agents de codification

BAFIO Edmond
MAYAMAOUA Innocent
MOKONDIA Mireille
NDOUA Dénis
OUAGBA Dieudonné
VEMOUKOUÉ Dasyva François
YANGUE DOZZOUA Micheline

Chauffeurs

BOUBA
GOUTEKO Patrick
DJADJI MOUMINE Djibril
GBARA Arsène
KAIKOMA
KAIKOMA Théophile
MAHAMAT
MAMBISSI
MOKOBANGO Thierry
NDENGUILO
SENDEMO
SOMBO
TOLIN
ZOUMANDJI

Enquêtrices

BANGO Aurelie-Nenette
BANZA Mireille
BETINENDJI Brigitte-Dénise
DAGBANGA Angèle
FOULOU Line-Patricia

Enquêteurs

GANTADA Mathurin
GBODOLAS Toussaint
IPOUGAZA Fidèle
KEMA Jacques
KETTE Serge
KOÏTA Jésus
KOLOMBAYE Jérémie
LEGAS Bertrand
LOHAKEMBI Xavier
MAMA Louis-Marie
MBOLIFOUGUIMI Jacob
MIABE Olivier
MOKONOU Guy-Parfait
NANGOLA Jonas
NGAÏTOUNON Sylvain
NGANARE Isidore
NGANGOUS Georges
OUATALA Edgard
SANA Antoine
WAKILI Lucien Floris
YAKANENZI Edmond
YANGANA Félix

Enquêtrices

GOUDEKATE Rachel
GRETOUM Nozigoto
GREVONGA TALLO Julie-Olive
GUELA Judith Madeleine
GUEOUELE-KAMBISSA Annie-Laure
IBANGA Anne-Marie
KETTE Paulette Marie-Ange
KOSSI Nadine Claudia
LEGOKRA Marie-Collette
MAFOUTA Lucie
MAIDOU Véronique
NDANGUERE Pierrette Sidonie
NGAIBONA Augustine
NGANARE Clarisse
NGBAKA Claudia
NGBAKONGO Bernadette-Odile
NGUEMANDJI Pélagie
OGOULO Sylvie Ernestine
ONDALAYEN Josiane
OUABIRO Patricia
SERAMA Nathalie-Colette
SOMBO Léa
WILITE Patricia
YAKEFINI Thérèse
YANZA Lucienne
YATHOA Léocadie Pascaline
YODOPO Esther
ZEMINGUI Gabriella
ZOUANE Marie-José

Superviseurs des travaux sur le terrain

MOLOUA Félix
PIAMALE Faustin
BAZA Sylvestre
YANGO Alphonse
ZEMINGUI Philippe
LASSET BIKOO Nick
KONGBO Martin
NDAMOBISSI Robert

Analystes et rédacteurs des chapitres

Dr Emmanuel KITEZE
Félix MOLOUA
Faustin PIAMALE
Alfred SABENDO
Thierry KANDA
MALENDELE Germain Anicet
NGAYE KOESSE
Philippe ZEMINGUI
Dr Eugène KPIZINGUI
Robert NDAMOBISSI

Atelier de finalisation du rapport à Sibut

EREGANI Clément
KONGBO Martin
ZEMINGUI Philippe
MOLOUA Félix
POUNINGUINZA Jean-Louis
MBAINOUDJIM Perkyss
MOKODOPO Eliane
MALLEBANDA Lucien Gabriel

NGREGADA Firmin
DAZOUROU
Dr MAKANDO
PIAMALE Jean Faustin
KANDA Thierry
SABENDO Alfred
Dr KITEZE Emmanuel
GUENENGAFO Alexis

MALENDELE Germain Anicet
NGAYE KOESSE
BANGAYASSI
DETA Elie Chancy
BIMBINE Pierre
Dr ANDELE Karim
Dr KPIZINGUI Eugène
Daniel GBELE
Yvonne YAPIERRE

Edition Rapport Final

Yvonne YAPIERRE
Germaine TOMORO

Emilienne KOYINA

Léon Gabriel BANGO
Martin KONGBO
Philippe ZEMINGUI
Félix MOLOUA

FIONAM Chérubin
KAINODJI Joël
GOUNINDJI Marie Claude
Dr POUMALE Flavien
BOZOUNAM David
Robert NDAMOBISSI
Sophie NDANGUERE
Gilbert AZINDEGO
Emilienne KOYINA

Traduction Questionnaires

NGONZO Joseph

Consultation

Internationale(Pondération)

Mamadou THIAM (Macro
International)

Lecture finale du Rapport

Aboudou Karimou ADJIBADE
Karim ANDELE
Robert NDAMOBISSI

ANNEXE D : QUESTIONNAIRES

MINISTRE DELEGUE A L'ECONOMIE
AU PLAN ET A LA COOPERATION
INTERNATIONALE

REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE
Unité – Dignité – Travail

ENQUETE NATIONALE D'EVALUATION DE LA SITUATION
DE LA MERE ET DE L'ENFANT CENTRAFRICAINS (MICS 2000)

QUESTIONNAIRE MENAGE

NOUS SOMMES UNE EQUIPE DU MINISTERE DU PLAN. NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET QUI SE RAPORTE A LA SANTE DE LA FAMILLE, A L'EDUCATION, A L'EAU, A L'ASSAINISSEMENT, A LA PROTECTION DE LA FEMME ET DES ENFANTS ET A L'ENVIRONNEMENT. NOUS VOUDRIONS CAUSER AVEC VOUS SUR CES ASPECTS. L'INTERVIEW VA DURER ENVIRON QUELQUES MINUTES. NOUS VOUS RASSURONS QUE TOUTES LES INFORMATIONS RECUEILLIES SERONT GARDEES SECRETES. AU COURS DE CETTE DISCUSSION, IL SERA QUESTION DE CAUSER AVEC TOUTES LES FEMMES AGEES DE 15 A 49 ANS ET LES MERES D'ENFANTS QUI VIVENT DANS LE MENAGE. PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT ? *Si on vous donne la permission, commencez l'interview.*

CADRE D'INFORMATION SUR LE MENAGE

1. Numéro de grappe : _____	2. Numéro de ménage : _____
3. Jour/Mois/Année de l'interview : ____ / ____ / _____	4. Numéro de l'enquêteur : _____
5. Nom du chef de ménage : _____	
6. Milieu de résidence : Urbain 1 Rural 2 7-Préfecture	7AA-Sous-Préfecture..... 7AB-Commune..... 7AC-Village/Quartier.....
8. Matériaux du sol du logement : Carreaux.....1 Planche.....2 Terre battue/paille.....3 Ciment(dalle).....4 Autre (à préciser).....5	9. Nombre de pièces dans le logement : _____
10. Résultat de l'interview ménage : Rempli1 Refusé 2 Pas à la maison..... 3 Logement non retrouvé/détruit..... 4 Autre(à préciser)5	
11. Nombre de femmes éligibles pour l'interview : _____	12. Nombre de questionnaires femmes entièrement remplis : _____
13. Nombre d'enfants de moins de 5 ans : _____	14. Nombre de questionnaires enfants entièrement remplis: _____
15. Date de saisie : _____	
Observations de l'enquêteur/chef d'équipe ou contrôlease : (Utilisez cet espace pour enregistrer toute observation sur l'enquête de ce ménage, telle que l'information sur les visites de rappel, feuilles des interviews individuelles incomplètes, nombre de visites de rappel, etc.)	

CARACTERISTIQUES DU MENAGE (SUITE ET FIN)

AUTRES INFORMATIONS SUR LE MENAGE	
<p>16AA. Vérifiez s'il existe une école dans le village ou quartier, puis inscrivez le code correspondant</p> <p>OUI 1</p> <p>NON..... 2</p> <p>16AB. SI NON, A QUELLE DISTANCE SE SITUE L'ECOLE LA PLUS PROCHE ?</p> <p>Distance en kms _____</p>	<p>17AA. Vérifiez s'il existe une formation sanitaire dans le village ou quartier, puis inscrivez le code correspondant</p> <p>OUI.1</p> <p>NON.....2</p> <p>17AB. SI NON, A QUELLE DISTANCE SE SITUE LA FORMATION SANITAIRE LA PLUS PROCHE ?</p> <p>Distance en kms _____</p>
<p>18AA. Matériaux du mur :</p> <p>Paille 1</p> <p>Terre battue..... 2</p> <p>Brique en terre..... 3</p> <p>Ciment (brique agglomérée)..... 4</p> <p>Brique cuite.....5</p> <p>Bois.....6</p> <p>Cailloux.....7</p> <p>Autres.....8</p> <p>18AB. Mortier (brique montée) :</p> <p>Ciment.....1</p> <p>Terre.....2</p> <p>NSP.....3</p> <p>18AC. Matériaux du toit :</p> <p>Paille.....1</p> <p>Bambou.....2</p> <p>Tôle.....3</p> <p>Béton armé (dalle).....4</p> <p>Tuile.....5</p> <p>Terre.....6</p> <p>Autres.....7</p>	<p>19AA. Equipements du ménage</p> <p>19a. Radio 1.OUI 2.NON</p> <p>19b. Fer à repasser 1.OUI 2.NON</p> <p>19c. Réchaud à pétrole 1.OUI 2.NON</p> <p>19d. Bicyclette 1.OUI 2.NON</p> <p>19e. Mobylette 1.OUI 2.NON</p> <p>19f. Motos 1.OUI 2.NON</p> <p>19g. Voiture/véhicule 1.OUI 2.NON</p> <p>19h. Charrue 1.OUI 2.NON</p> <p>19i. Pousse 1.OUI 2.NON</p> <p>19j. Téléviseur 1.OUI 2.NON</p> <p>19k. Réfrigérateur/congélateur 1.OUI 2.NON</p> <p>19l. Autres(préciser) _____</p> <p>20AA. Mode d'éclairage</p> <p>20a. Pétrole (lampe) 1.OUI 2.NON</p> <p>20b. Bois de chauffe 1.OUI 2.NON</p> <p>20c. Electricité 1.OUI 2.NON</p> <p>20d. Autres à préciser _____</p> <p>21AA. Source d'énergie de cuisson du ménage :</p> <p>21a. Gaz 1.OUI 2.NON</p> <p>21b. Bois de chauffe 1.OUI 2.NON</p> <p>21c. Electricité 1.OUI 2.NON</p> <p>21d. Charbon 1.OUI 2.NON</p> <p>21e. Autres à préciser _____</p>

FEUILLE D'ENREGISTREMENT DES MEMBRES DU MENAGE													
PREMIEREMENT, S'IL VOUS PLAÎT, DITES-MOI LE NOM DE CHAQUE PERSONNE QUI VIT HABITUELLEMENT ICI, EN COMMENCANT PAR LE CHEF DE MENAGE (Tous ceux qui dorment et mangent ensemble sous le même toit). Enregistrez le chef de ménage à la ligne 01, suivi de son épouse au 02, puis les enfants de l'épouse. Ensuite posez : Y A-T-IL D'AUTRES PERSONNES QUI VIVENT ICI, MEME SI ELLES NE SONT PAS ACTUELLEMENT A LA MAISON? (CELLES-CI PEUVENT COMPRENDRE LES ENFANTS A L'ECOLE OU AU TRAVAIL). Si oui, complétez la liste. Puis, posez et enregistrez les réponses aux questions comme précisé dans les Instructions aux Enquêteurs. Ajoutez une feuille complémentaire s'il n'y a pas assez d'espace sur cette page. Cochez ici si vous utilisez une feuille supplémentaire <input type="checkbox"/>													
Tous les membres habituels du ménage (Tous ceux qui dorment et mangent habituellement ensemble)					Eligible pour:			Pour les personnes âgées de 15 ans et plus posez Qs. 8 et 9		Pour les enfants âgés de moins de 15 ans posez Qs. 10 à 13			
					modules femmes	module travail des enfants	Modules santé des enfants						
1. No. de Ligne	2. Nom et Prénoms par ordre suivant : -Chef Ménage -Epouse (ou enfant sans mère) -Enfants de l'épouse (du plus aîné au plus petit) -Frère/soeur -Parents CM -Autres liens -Sans lien	2A. Quel est le lien de (Nom) avec le chef de mena- ge ?	3. (Nom) est-il/ elle DE SEXE MASCULI N OU FEMININ ?	4. Quel âge a (nom) ? (quel âge avait (nom) à son (dernier an- niversaire ?) Enregistrez en années révolues 99=nsp*	5. Encerclez le numéro de ligne si la femme est âgée de 15-49 ans	6. Pour chaque enfant âgé de 5- 14 ans: qui est la mère/la personne en charge principalement de cet enfant? Enregistrez le no. de ligne de la mère ou de la personne en charge de l'enfant	7. Pour chaque enfant âgé de moins de 5 ans: qui est la mère/la personne en charge principalement de cet enfant ? Enregistrez le no. de ligne de la mère ou de la personne en charge de l'enfant	8. PEUT-IL/ELLE LIRE UNE LETRE OU UN JOURNAL FACILEMENT, DIFFICILEMEN T OU PAS DU Tout ? 1 FACILEMENT 2 difficilement 3 pas du tout 9 nsp	9. QUEL EST L'ETAT MATRIMONIAL DE (NOM) ? ** 1 marié(e)/ en union 2 veuf(ve) 3 divorcé(e) 4 séparé(e) 5 jamais marié(e)	10. est-ce que la mère biologi- que de (nom) est toujours en vie ?	11. Si en vie : est-ce que la mère biologi- que de (nom) vit dans ce menage?	12. est-ce que le pere biologi- que de (nom) est tou- jours en vie? 1 oui 2 non 9 nsp LIGNE SUIVANTE	13. Si en vie : est-ce que le père biologi- que de (nom) vit dans ce menage? 1 oui 2 non
ligne	Nom et Prénoms		m f	Age	15-49	mere	Mere	F d p nsp	M v d s jm	o n nsp	o n	o n nsp	o n
01			1 2	---	01	___	___	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2
02			1 2	---	02	___	___	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2
03			1 2	---	03	___	___	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2
04			1 2	---	04	___	___	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2
05			1 2	---	05	___	___	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2
06			1 2	---	06	___	___	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2
07			1 2	---	07	___	___	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2

Tous les membres habituels du ménage (Tous ceux qui dorment et mangent habituellement ensemble)					ELIGIBLE POUR:			Pour les personnes âgées de plus de 15 ans Posez Qs. 8 et 9		Pour les enfants âgés de moins de 15 ans posez Qs. 10 à 13				
					modules femmes	module travail des enfants	modules santé des enfants	8.	9.	10.	11.	12.	13.	
1. No. De Ligne	2.Nom	2A. Quel est le lien de (Nom) avec le chef de ména- ge ?	3. (Nom) est-il/ elle DE SEXE MASCU- LIN OU FEMININ? 1 masc. 2 fem.	4. Quel âge a (nom) ? (quel âge avait (nom) à son (dernier an- niversaire ?) Enregistrez en années révolues 99=nsp*	5. Encerclez le numéro de ligne si la femme est âgée de 15-49 ans	6. Pour chaque enfant âgé de 5- 14 ans: qui est la mère/la personne en charge principale-ment de cet enfant? Enregistrez le no. de ligne de la mère ou de la personne en charge de l'enfant	7. Pour chaque enfant âgé de moins de 5 ans: Qui est la mère/la personne en charge principale-ment de cet enfant ? Enregistrez le no. de ligne de la mère ou de la personne en charge de l'enfant	8. PEUT-IL/ELLE LIRE UNE LETTRE OU UN JOURNAL FACILEMENT, DIFFICILE- MENT OU PAS DU tout ? 1 FACILE- MENT 2 diffici- lement 3 pas du tout 9 nsp	9. QUEL EST L'ETAT MATRIMONIAL DE (NOM) ? ** 1 marié(e)/ en union 2 veuf(ve) 3 divorcé(e) 4 séparé(e) 5 jamais marié(e)	10. est-ce que la mère biologi- que de (nom) est tou-jours en vie ? 1 oui 2 non 9 nsp	11. Si en vie : Est-ce que la mère biologi- que de (nom) vit dans ce menage? 1 oui 2 non	12. est-ce que le pere biologi- que de (nom) est tou- jours en vie? 1 oui 2 non 9 nsp	13. Si en vie : est-ce que le père biologi- que de (nom) vit dans ce menage? 1 oui 2 non	
Lign e	Nom	1 chiff.	m	f	Age	15-49	mere	mere	f d p nsp	M v d s jm	o n nsp	O n	o n nsp	o n
08			1	2	—	08	—	—	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2
09			1	2	—	09	—	—	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2
10			1	2	—	10	—	—	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2
11			1	2	—	11	—	—	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2

Y a-t-il d'autres enfants qui vivent ici – même s'ils ne sont pas des membres de votre famille ou n'ont pas des parents qui vivent dans ce ménage? y compris les enfants au travail ou à l'école? Si oui, enregistrez le nom de l'enfant et complétez la feuille d'enregistrement du ménage.

*Codes pour Q.2A :Lien de parenté vec le chef de ménage
 1= Chef de ménage
 2=Femme ou mari
 3=Enfants (Fils ou fille)
 4=Frère ou soeur du CM
 5= Père ou mère du CM
 6 =Petit fils-petite fille du CM
 7=Coépouse
 8=Autres parents(neveu, nièce...)
 9=Sans liens(ami, domestique...)

* Voir instructions : À être utilisé seulement pour les membres âgés du ménage (code veut dire "ne sait pas/plus de 50 ans").

MODULE SUR L'EDUCATION (PERSONNES AGEES DE 5 ANS OU PLUS)

Si l'interview a lieu entre deux années scolaires, utilisez des expressions alternatives qui se trouvent dans l'Annexe I.

Pour les personnes âgées de 5 ans ou plus, posez les Qs. 15 et 16

Pour les enfants âgés de 5 à 17 ans, continuez en posant les Qs. 17 à 22

14. No. de Ligne de la pers dans la feuil le ména ge	15. (Nom) a-t-il/ elle fréquenté l'école ? 1 oui ⇒ Q.16 2 non ⇨ ligne suivante	16. Quel est le plus haut niveau d'études atteint? la dernière classe que (nom) a achevée à ce niveau ? <u>Niveau</u> : 1 préscolaire 2 primaire 3 secondaire 4 supérieur 5 programme non-formel 9 nsp <u>Classe</u> : 99 nsp Si moins d'une classe, inscrivez 00.	17. (Nom) fréquente-t- il/elle l'école actuellement ? 1 oui ⇒ Q.19 2 non		18. Au cours de cette année scolaire , (nom) a-t- il/elle fréquenté l'école ? 1 oui 2 non ⇒ Q.21		19. Depuis le (jour de la semaine) dernier, combien de jours (nom) est-il/elle allé/e à l'école ? Enregistrez le nombre de jours dans l'espace ci- dessous.	20. A quel niveau et dans quelle classe (nom) est/était-il/elle ? <u>Niveau</u> : 1 préscolaire 2 primaire 3 secondaire 4 supérieur 5 PROGRAMME NON- FORMEL 9 nsp <u>Classe</u> : 99 nsp		21. (Nom) a-t-il/elle fréquenté l'école l'année dernière ? 1 oui 2 non ⇨ ligne suivante 9 nsp ⇨ ligne suivante	22. A quel niveau et dans quelle classe (nom) était-il/elle l'année Dernière ? <u>Niveau</u> : 1 préscolaire 2 primaire 3 secondaire 4 supérieur 5 PROGRAMME NON-FORMEL 9 nsp <u>Classe</u> : 99 nsp	
			ligne	o non	niveau	Classe		oui non	oui non		Jours	Niveau
_____	1 2⇨ ligne suiv.	1 2 3 4 5 9	_____	1 2	1 2	_____	1 2 3 4 5 9	_____	1 2 9	1 2 3 4 5 9	_____	
_____	1 2⇨ ligne suiv.	1 2 3 4 5 9	_____	1 2	1 2	_____	1 2 3 4 5 9	_____	1 2 9	1 2 3 4 5 9	_____	
_____	1 2⇨ ligne suiv.	1 2 3 4 5 9	_____	1 2	1 2	_____	1 2 3 4 5 9	_____	1 2 9	1 2 3 4 5 9	_____	
_____	1 2⇨ ligne suiv.	1 2 3 4 5 9	_____	1 2	1 2	_____	1 2 3 4 5 9	_____	1 2 9	1 2 3 4 5 9	_____	

Codes pour Q.16/Q.20/Q.2

Primaire

01=CI

02=CP

03=CE1

04=CE2

05=CM1

06=CM2

Secondaire01=6^{ème}02=5^{ème}03=4^{ème}04=3^{ème}05=2^{ème}06=1^{ère}

07= Terminale

Supérieure01=1^{ère} année02=2^{ème} année/BTS

03= Licence

04= Maîtrise

05= DEA/DESS/Doc

MODULE EDUCATION (SUITE)

Pour les personnes âgées de 5 ans ou plus, posez les Qs. 15 et 16				Pour les enfants âgés de 5 à 17 ans, continuez en posant les Qs. 17 à 22										
14. No. de Ligne	15. (Nom) a-t-il/ elle fréquenté l'école ?	16. Quel est le plus haut niveau d'études atteint? la dernière classe que (nom) a achevée à ce niveau ? Niveau : 1 préscolaire 2 primaire 3 secondaire 4 supérieur 5 programme non-formel 9 nsp Classe : 99 nsp <i>Si moins d'une classe, inscrivez 00.</i>		17. (Nom) fréquente-t-il/elle l'école actuellement ?	18. Au cours de cette année scolaire, (nom) a-t-il/elle fréquenté l'école ?		19. Depuis le (jour de la semaine) dernier, combien de jours (nom) est-il/elle allé/e à l'école ? <i>Enregistrez le nombre de jours dans l'espace ci-dessous.</i>	20. A quel niveau et dans quelle classe (nom) est/était-il/elle ? Niveau : 1 préscolaire 2 primaire 3 secondaire 4 supérieur 4 PROGRAMME NON-FORMEL 9 nsp Classe : 99 nsp		21. (Nom) a-t-il/elle fréquenté l'école l'année dernière ?			22. A quel niveau et dans quelle classe (nom) était-il/elle l'année Dernière ? Niveau : 1 préscolaire 2 primaire 3 secondaire 4 supérieur 5 PROGRAMME NON-FORMEL 9 nsp Classe : 99 nsp	
ligne	o non	Niveau	Classe	oui non	oui non	Jours	niveau	Classe	o n nsp	Niveau	classe			
_____	1 2⇒ ligne suiv.	1 2 3 4 5 9	_____	1 2	1 2	_____	1 2 3 4 5 9	_____	1 2 9	1 2 3 4 5 9	_____			
_____	1 2⇒ ligne suiv.	1 2 3 4 5 9	_____	1 2	1 2	_____	1 2 3 4 5 9	_____	1 2 9	1 2 3 4 5 9	_____			
_____	1 2⇒ ligne suiv.	1 2 3 4 5 9	_____	1 2	1 2	_____	1 2 3 4 5 9	_____	1 2 9	1 2 3 4 5 9	_____			
_____	1 2⇒ ligne suiv.	1 2 3 4 5 9	_____	1 2	1 2	_____	1 2 3 4 5 9	_____	1 2 9	1 2 3 4 5 9	_____			
_____	1 2⇒ ligne suiv.	1 2 3 4 5 9	_____	1 2	1 2	_____	1 2 3 4 5 9	_____	1 2 9	1 2 3 4 5 9	_____			
_____	1 2⇒ ligne suiv.	1 2 3 4 5 9	_____	1 2	1 2	_____	1 2 3 4 5 9	_____	1 2 9	1 2 3 4 5 9	_____			
_____	1 2⇒ ligne suiv.	1 2 3 4 5 9	_____	1 2	1 2	_____	1 2 3 4 5 9	_____	1 2 9	1 2 3 4 5 9	_____			

Inscrivez à présent pour chaque femme de 15-49 ans son nom et son numéro de ligne en haut de chaque page du Questionnaire de la Femme.
 Pour chaque enfant âgé de moins de 5 ans, inscrivez son nom, son numéro de ligne ET le numéro de ligne de sa mère ou de la personne qui s'occupe de lui/d'elle en haut de chaque page du Questionnaire des Enfants.
 Vous devez maintenant avoir un questionnaire pour chaque femme et enfant éligibles dans le ménage.

MODULE SUR LE TRAVAIL DES ENFANTS

Le module suivant s'adresse à la personne en charge de chaque enfant âgé de 5 à 14 ans qui vit dans le ménage.

Enregistrez le numéro de ligne pour chaque enfant éligible de la Feuille d'enregistrement du ménage.

MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR TOUS LES TYPES DE TRAVAUX DES ENFANTS VIVANT DANS CE MÉNAGE.

1. No. de Ligne.	2. Nom	3. Au cours de la semaine dernière, (nom) avait-il/elle fait un travail quelconque pour quelqu'un qui n'est pas un membre de ce ménage ? <i>Si oui</i> : pour être payé ?	4. <i>Si oui</i> : depuis le (jour de la semaine) dernier, combien d'heures environ a-t-il / elle travaillé pour quelqu'un qui n'est pas un membre du ménage ? <i>(Si plus d'un travail, additionnez toutes les heures de travail effectuées. Inscrivez la réponse et ⇒ q.6</i>	5. au cours de l'année passée, (nom) avait-il/elle fait un travail quelconque pour quelqu'un qui n'est pas un membre du ménage ? <i>Si oui</i> : pour être payé ?	6. Au cours de la semaine dernière (nom) avait-il/ elle aidé aux travaux du ménage? Par exemple : faire la cuisine, faire des courses, nettoyer, laver les vêtements, chercher de l'eau, ou garder les enfants ?	7. <i>Si oui</i> : depuis le (jour de la semaine) dernier, combien d'heures environ avait-il elle passé en faisant ces travaux ménagers ?	8. Au cours de la semaine dernière, (nom) avait-il /elle fait d'autres travaux pour la famille (dans une ferme ou dans les affaires) ? 1 oui 2 non ⇒ ligne suivante	9. <i>Si oui</i> : depuis le (jour de la semaine) dernier, COMBIEN D'HEURES ENVIRON AVAIT-IL /ELLE PASSE EN FAISANT CE TRAVAIL ?
no. de ligne	nom	Oui payé n.p. n	no. heures	Oui payé n.p. N	oui Non	no. heures	oui Non	no. heures
___		1 2 3	___	1 2 3	1 2	___	1 2	___
___		1 2 3	___	1 2 3	1 2	___	1 2	___
___		1 2 3	___	1 2 3	1 2	___	1 2	___
___		1 2 3	___	1 2 3	1 2	___	1 2	___

Quand tous les enfants dans le groupe d'âges sont couverts, **PASSEZ AU MODULE EAU ET SANITAIRES** ⇒

MODULE SUR LE TRAVAIL DES ENFANTS (SUITE)

Le module suivant s'adresse à la personne en charge de chaque enfant âgé de 5 à 14 ans qui vit dans le ménage.

Enregistrez le numéro de ligne pour chaque enfant éligible de la Feuille d'enregistrement du ménage.

MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR TOUS LES TYPES DE TRAVAUX DES ENFANTS VIVANT DANS CE MÉNAGE.

1. No. de Ligne.	2. Nom	3. Au cours de la semaine dernière, (nom) avait-il/elle fait un travail quelconque pour quelqu'un qui n'est pas un membre du ménage ? <i>Si oui</i> : pour être payé? 1 oui, payé (espèces ou nature) 2 oui, non payé 3 non ⇒ q.5	4. <i>Si oui</i> : Depuis le (jour de la semaine) dernier, Combien d'heures environ a-t-il /elle travaillé pour quelqu'un qui n'est pas un membre du ménage ? <i>(Si plus d'un travail, additionnez toutes les heures de travail effectuées. Inscrivez la réponse et ⇒ q.6</i>	5. au cours de l'année passée, (nom) avait-il/elle fait un travail quelconque pour quelqu'un qui n'est pas un membre du ménage ? <i>Si oui</i> : pour être payé ? 1 oui, payé (espèce ou nature) 2 oui, non payé 3 non	6. Au cours de la semaine dernière (nom) avait-il/ elle aidé aux travaux du ménage? Par exemple : faire la cuisine, faire des courses, nettoyer, laver les vêtements, chercher de l'eau, ou garder les enfants ? 1 oui 2 non ⇒ q.8	7. <i>Si oui</i> : depuis le (jour de la semaine) dernier, combien d'heures environ avait-il elle passé en faisant ces travaux ménagers ?	8. Au cours de la semaine dernière, (nom) avait-il /elle fait d'autres travaux pour la famille (dans une ferme ou dans les affaires) ? 1 oui 2 non ⇒ ligne suivante	9. <i>Si oui</i> : depuis le (jour de la semaine) dernier, COMBIEN D'HEURES ENVIIRON AVAIT-IL /ELLE PASSE EN FAISANT CE TRAVAIL ?
No. de Ligne	Nom	<u>Oui</u> payé n.p. n	no. heures	<u>Oui</u> payé n.p. n	oui non	no. Heures	oui non	no. heures
___		1 2 3	___	1 2 3	1 2	___	1 2	___
___		1 2 3	___	1 2 3	1 2	___	1 2	___
___		1 2 3	___	1 2 3	1 2	___	1 2	___
___		1 2 3	___	1 2 3	1 2	___	1 2	___
___		1 2 3	___	1 2 3	1 2	___	1 2	___
___		1 2 3	___	1 2 3	1 2	___	1 2	___

Quand tous les enfants dans le groupe d'âges sont couverts, **PASSEZ AU MODULE EAU ET sanitaires** ⇒

MODULE SUR L'EAU ET LES SANITAIRES

Posez les questions de ce module une seule fois pour chaque ménage visité. Encerclez un seul code par réponse. Si un enquêté donne plus d'une réponse, enregistrez la source ou toilettes la plus utilisée.

1. Quelle est la principale source d'eau que boivent les membres de votre ménage ?	Eau du robinet dans le logement.....01 Eau du robinet dans la cour/parcelle.....02 Borne fontaine/kiosque03 Puits à pompe /forage04 Puits protégé05 Source protégée.....06 Eau de pluie07 Eau en bouteille.....08 Puits non protégé09 Source non protégée10 Mare, ruisseau ou fleuve/cours d'eau11 Camion citerne, vendeur d'eau.....12 Autre (à préciser)..... 13 Pas de réponse ou NSP99	
1a. CETTE SOURCE D'EAU DE BOISSON EST-ELLE PAYANTE ?	OUI.....1 NON.....2	2⇨ Q.1C
1b. COMBIEN DEPENSEZ-VOUS PAR JOUR POUR VOUS APPROVISIONNER EN EAU DE BOISSON PAYANTE ?	Montant F CFA.....	
1C. cette principale source d'eau de boisson est-elle pérenne (toute l'année) ?	OUI.....1 NON.....2	
2. Combien de temps faut-il pour aller là-bas, prendre de l'eau et revenir ?	Nb. de minutes Eau sur place888 NSP.....999	
2a. A combien de mètres se situe la source principale d'eau de boisson de votre maison	Distance en mètres _____	
3. Quel genre de toilettes utilisez-vous dans votre ménage ?	Chasse d'eau avec égouts ou avec fosse septique 1 Latrines à évacuation 2 Latrines améliorées à ventilation (VIP)..... 3 Latrines traditionnelles améliorées 4 Trou ouvert 5 Seau 6 Latrines traditionnelles 9 Autre (à préciser)..... 7 Pas de toilettes ou brousse ou champ 8	8⇨ Q.5
4. Est-ce que ces toilettes se trouvent dans votre logement, votre cour ou votre parcelle ?	Oui, dans le logement/cour/parcelle..... 1 Non, en dehors du logement/cour/parcelle 2 NSP 9	
5. Que faites-vous des excréments des petits enfants (0-3 ans) quand ils n'utilisent pas les toilettes ou les latrines ?	Ils utilisent toujours les toilettes ou latrines ..1 Jetées dans les toilettes/latrines.....2 Jetées en dehors de la cour3 Enterrées dans la cour.....4 Ne sont pas jetées ou restent par terre.....5 Autre (à préciser).....6 Pas de petits enfants dans le ménage.....8	
5.AA. Les membres de votre ménage se lavent-ils toujours les mains avec du savon après les toilettes ?	OUI.....1 NON.....2	



unicef

BBA